



UNIVERSIDAD DE CUENCA



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CENTRO DE POSGRADOS

POSGRADO EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

**Tesis previa a la obtención del
Título de especialista en Medicina Familiar y Comunitaria**

**LA ESTRUCTURA Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR COMO FACTOR
CAUSAL EN EL INICIO DE LAS RELACIONES SEXUALES DE LOS
ADOLESCENTES EN ETAPA TEMPRANA DE LA PARROQUIA CHECA,
CUENCA 2015**

Autor: Dr. Andrés Felipe Sagñay Novillo.

CI: 0103741237

Director: Dra. Cumanda Patricia Abril Matute

C.I. 070278208-7

Cuenca – Ecuador

2016.

Dr. Andrés Felipe Sagñay Novillo



RESUMEN

Antecedentes: Las relaciones sexuales a temprana edad representan un serio problema en la sociedad, debido a las diversas consecuencias que conlleva tanto físicas como sociales. La disfunción familiar se encuentra entre los principales factores de riesgo para la actividad sexual temprana.

Objetivos: Determinar la estructura familiar como factor causal en el inicio de las relaciones sexuales de los adolescentes en etapa temprana de la parroquia Checa, Cuenca 2015.

Resultados: El 51,1% en los adolescentes estudiados refirió inicio de las relaciones sexuales. El motivo principal fue el amor con un 43,2%, el 53,4% refiere utilizar anticonceptivos de los cuales el 82,4% es representado por preservativos y el 36,5% reportó usarlo casi siempre. El 56,7% exhibió una familia nuclear y el 59,7% una familia con buena función. Los factores de riesgo asociados fueron el sexo masculino, realización de quehaceres del hogar por parte del padre, los factores protectores evidenciados son que la mamá realice quehaceres del hogar, que sean los padres y personal de salud quien informe sobre la actividad sexual y pertenecer a una familia con una buena funcionalidad.

Discusión: En este estudio se demuestra que el formar parte de una familia que funciona de manera adecuada es un componente preventivo para el inicio temprano de la actividad sexual; por lo cual es necesario realizar campañas, políticas y acciones direccionadas al mantenimiento del funcionalismo familiar apropiado, asimismo aumentar los estudios que determinen los factores asociados a las familias disfuncionales.

Palabras claves: RELACIONES SEXUALES, ADOLESCENTES, SEXUALIDAD, FUNCIONALIDAD FAMILIAR, MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.



ABSTRACT

Background: Sex at an early age represent a serious problem in society, due to the various consequences that entails both physical and social. Family dysfunction is among the main risk factors for early sexual activity.

Objective: To determine the family structure as a causal factor in the onset of sexual relations of adolescents in early stage of the Checa parish, Cuenca 2015.

Results: 51,1% in adolescents referred onset of sexual relations. The main reason was the love with 43,2%, 53,4% reported using contraceptives of which 82,4% is represented by condoms and 36,5% reported using it almost always. 56,7% exhibited a nuclear family and 59,7% a family with good function. The associated risk factors were male gender, performing household chores by the father, the evidenced protective factors are the housework of mother, parents and health personnel teaching about sexual activity and belong to a family with good functionality.

Discussion: This study demonstrates that being part of a family that function properly is a preventive component to the early onset of sexual activity, which is necessary campaigns, policies and actions directed to the maintenance of appropriate family functionalism also increase the studies to determine the factors associated with dysfunctional families.

Keywords: SEX RELATIONS, TEENS, SEXUALITY, FAMILY FUNCTIONING, CONTRACEPTION.



	Página
RESUMEN	2
ABSTRACT	3
Índice	4
CLÁUSULA DE DERECHO DE AUTOR	6
CLÁUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL	7
AGRADECIMIENTO.....	8
DEDICATORIA.....	9
CAPÍTULO I	10
1.1 INTRODUCCIÓN	10
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
1.3 JUSTIFICACIÓN	12
CAPÍTULO II	13
2. FUNDAMENTO TEÓRICO	13
CAPÍTULO III	19
3.1 HIPÓTESIS	19
3.2 OBJETIVO GENERAL	19
3.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	19
CAPÍTULO IV	20
4.1 Tipo de estudio.....	20
4.2 Área de estudio	20
4.3 Población de estudio.....	21
4.4 Variables	21
4.6 Operacionalización de variables	21
4.7 Criterios de inclusión y exclusión	26



4.8 Procedimientos e instrumentos para la recolección de datos	26
4.9 Plan de análisis	29
4.10 Aspectos éticos	30
CAPÍTULO V	31
5. Resultados.....	31
CAPÍTULO VI	59
6.0 DISCUSIÓN	59
CAPÍTULO VII	66
7.1 Conclusiones.....	66
1.2 Recomendaciones.....	68
8.0 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	69
9.0 ANEXOS	75
Anexo N.1 Consentimiento informado.....	75
Anexo N.2 Asentimiento informado.....	76
Anexo N. 3 Formulario de recolección de datos	77
Anexo N.4	79



CLÁUSULA DE DERECHO DE AUTOR

Yo, Dr. Andres Felipe Sagñay Novillo autor de la tesis **“LA ESTRUCTURA Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR COMO FACTOR CAUSAL EN EL INICIO DE LAS RELACIONES SEXUALES DE LOS ADOLESCENTES EN ETAPA TEMPRANA DE LA PARROQUIA CHECA, CUENCA 2015”** Certifico que todas las ideas, criterios, opiniones, afirmaciones, análisis, interpretaciones, conclusiones, recomendaciones, y demás contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor.

Cuenca, 31 de enero del 2017

Dr. Andres Felipe Sagñay Novillo

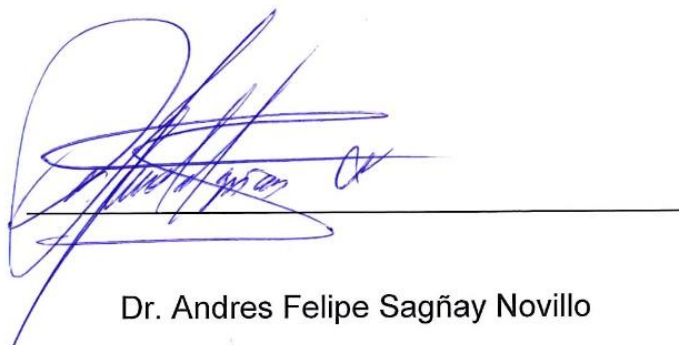
CI # 0103741237



CLÁUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL

Yo, Dr. Andres Felipe Sagñay Novillo autor de la tesis **“LA ESTRUCTURA Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR COMO FACTOR CAUSAL EN EL INICIO DE LAS RELACIONES SEXUALES DE LOS ADOLESCENTES EN ETAPA TEMPRANA DE LA PARROQUIA CHECA, CUENCA 2015”** reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este, requisito para la obtención de mi título de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autor.

Cuenca, 11 de abril del 2017



Dr. Andres Felipe Sagñay Novillo

CI # 0103741237



AGRADECIMIENTO

Primeramente entrego mis agradecimientos a Dios por brindarme una grata experiencia dentro de mi universidad, gracias a mi facultad por formarme en un profesional en dicha especialidad en lo que tanto me apasiona, gracias a mi director y asesor de tesis quien me apoyaron constantemente en la realización de este proyecto y a mis maestros quien hicieron posible un proceso integral y sistémico de la medicina no como un proceso biológico sino mas como un proceso médico humano, dejando como producto finalizado este grupo de graduados, y como recuerdo de una prueba viviente en la historia; esta tesis, que perdurará dentro de los conocimientos y desarrollo de las demás generaciones venideras.

Finalmente con un imenso amor doy un gracias a mis padres y hermano que siempre me han apoyado en estos tres años de carrera e investigación, de igual manera a la comunidad en donde me permitió desarrollar mi trabajo de estudio.

Dr. Adres Felipe Sagñay Novillo



DEDICATORIA.

Dedico esta tesis a DIOS, a quienes inspiraron mi espíritu para la conclusión de esta tesis de especialidad, en MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA. A mis padres quienes me dieron vida, educación, apoyo y consejos. A mis compañeros de estudio, a mis maestros y amigos, quienes sin su ayuda nunca hubiera podido hacer esta tesis. Y mi directora Dra Cumanda Abril quien apoyo el trabajo de tesis, así como también al Dr. Carlos Arevalo quien ayudo con sus conocimientos en el campo de investigación. A todos ellos se los agradezco desde el fondo de mi alma. Para todos ellos hago esta dedicatoria.

ANDRÉS



CAPÍTULO I

1.1 INTRODUCCIÓN

El inicio de las relaciones sexuales en los adolescentes, así como el embarazo en este grupo de personas, es un gran problema a nivel mundial, acentuándose más en América Latina.

El Ecuador ocupa el segundo lugar a nivel de América Latina y tercero a nivel mundial, siendo el resultado de una multi diversidad de factores de riesgo para inicio de las relaciones sexuales a temprana edad tanto biológicos, sociales, económicos y culturales, incluyendo así el nivel educacional y las limitadas alternativas de desarrollo de la mujer, ligado así a sus practicas reproductivas y su desarrollo profesional, así como también a las políticas gubernamentales sobre planificación familiar y educación sexual, ya que existe múltiples culturas y modos de vida de la población. (1,2)



1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Como podemos observar la población mundial de adolescentes representa el 18% de la población total, siendo los países con más adolescentes Latinoamérica, Asia Oriental y Asia Meridional según la UNICEF del 2014, (3) y según la UNFPA tres millones de adolescentes sufren violencia y empiezan una vida sexual con riesgos antes de los 15 años de edad con una edad promedio de los 12 años, muchos terminando en embarazos no deseados y abortos clandestinos.

Según el INEC en los últimos censos demuestra que Ecuador tiene una tasa de embarazos en adolescentes del 22% ubicándolo en el puesto tres a nivel mundial, las poblaciones más vulnerables en Ecuador están en la provincia de Azuay y Guayaquil; Checa una parroquia ubicada en Azuay posee una población de 2698 habitantes, de los cuales un 40% de adolescentes tienen edades entre los 10 a 16 años, y de este porcentaje un 70% son mujeres en edad fértil. (4)

El factor de riesgo más importante en los jóvenes del cantón Checa es principalmente que no tiene una guía en cuanto a educación sexual y una adecuada concientización; debido a que hay una tasa elevada de migración y familias desintegradas mono parenterales o sin padres con grados de disfuncionalidad según fichas familiares que se han levantado, siendo así que la mayoría de jóvenes han tenido ya una experiencia sexual antes de los 15 años pese a los planes del gobierno que no se ha concientizado este problema.

Por lo expuesto me planteo las siguientes preguntas de investigación:

Pregunta de investigación

¿Como influye la estructura y funcionalidad familiar en el inicio de las relaciones sexuales de los adolescentes en etapa temprana de la parroquia Checa?



¿Cuáles son las percepciones de los adolescentes de la parroquia Checa sobre su sexualidad e inicio de relaciones sexuales?

1.3 JUSTIFICACIÓN

La adolescencia y sus infinitos problemas en el campo de la sexualidad producen repercusiones biológicas, psicológicas y sociales, cuyos resultados es de preocupación mundial, ya que cada vez hay aumento de adolescentes con inicio de vida sexual activa y embarazos no deseados en especial en países subdesarrollados, debido a que no tienen un plan de vida en todos sus ámbitos.

Acorde a los informes del INEC en el Ecuador en los últimos 10 años,” el embarazo adolescente se incrementó en 2,3% anual, el 75% de las madres adolescentes son económicamente inactivas. De los 3,6 millones de madres que existen en Ecuador, más de 122 mil son adolescentes que se ubican en rangos de edades de 10 a 19 años”. En el 2011 se reportaron 45708 partos de madres adolescentes en todo el país, de ellos 1.817 se dieron en la provincia del Azuay; de cada 10 mujeres que murieron en labores de parto dos fueron adolescentes y dos de cada 10 niños que fallecieron fueron hijos de madres cuya edad estuvo entre los 10 y 19 años. (5)

El presente trabajo busca determinar los factores de riesgo que influyen para un inicio de las relaciones sexuales en adolescentes de la parroquia Checa del cantón Cuenca, tanto en los ámbitos biológicos, como psíquicos y sociales, cuyos resultados permitirán la elaboración de un plan educativo y estratégico para la educación y prevención en este grupo en el campo de la sexualidad.

Así se evitará que exista una mayor deserción en la educación y los planes de vida a futuro de los adolescentes sean más sanos y tomen conciencia sobre su sexualidad. Además, este estudio ayudará a disminuir costos derivados de la



problemática que produce un embarazo en adolescentes y ha salvaguardar vidas por abortos o trastornos psicológicos que acarrea un embarazo a temprana edad.

CAPÍTULO II

2. FUNDAMENTO TEÓRICO

La adolescencia es la transición entre la niñez hacia la adultez comprendida entre los 11 a 18 años, dando inicio a cambios puberales significativos en los ámbitos biopsicosociales, produciendo crisis tanto positivas como negativas en el individuo, la familia y la comunidad. La Organización Panamericana de la Salud (OPS), define la promoción de salud como las acciones que mejoran sistemáticamente la salud personal. Por lo tanto, es importante buscar y proporcionar los medios necesarios para mejorar la salud de los adolescentes con estilos de vida saludables. (6)

Es importante, definir los factores de riesgo ya que son el escenario donde se desarrolla el problema; las conductas de riesgo son las características que forman parte del ambiente en el cual los adolescentes enfrentan cambios biopsicosociales como parte de su desarrollo. Es fundamental analizar los factores y conductas de riesgo para una sexualidad segura con cambios oportunos en los factores principales de riesgos modificables que los afectan. (6)

En su definición, riesgo tiene dos conceptualizaciones: uno en el campo de la salud y otro epidemiológico, por lo que adquiere un carácter individual o colectivo. En la primera acepción es la característica de que una persona pueda adquirir una enfermedad dada por un elemento, sustancia o fenómeno que la desencadene; en cambio, el segundo parámetro mide el factor de exposición de las personas a sufrirla o que ya la han desarrollado.

El término preconcepción es la etapa previa al embarazo, abarcando los campos de la mujer, el hombre y la pareja en su salud sexual, afectiva y social para una mejor etapa de procreación y reproducción.



El riesgo en la sexualidad se aplica a mujeres en edad fértil no gestantes y gestantes con factores que afectan el estado tanto físico y emocional de la paciente como de su futuro. Es por eso que cada mujer, hombre o pareja en edad fértil reproductiva debe ser evaluada individualmente y cuidadosamente con el fin de identificar prontamente factores de riesgo y tratar de modificarlos o eliminarlos. (7)

En relación a los factores de riesgos en el campo biológico se puede expresar: en cuanto a la edad un estudio realizado en países subdesarrollados indica que el inicio de la vida sexual es a los 13 a 17 años, mayormente en un 43.7%; seguido de una edad más temprana a los 9 años de edad con un porcentaje de 24%. Al igual que otro estudio realizado en Medellín se concluye que la edad de inicio de las relaciones sexuales es entre los 13 a 16 años con un riesgo de embarazo de 5 veces (8), en el Ecuador el inicio de las relaciones sexuales se encuentra entre los 10 a 14 años; es el segundo país de América Latina con problemas de embarazos en adolescentes e inicio temprano de relaciones sexuales principalmente con prevalencias más altas en la costa y la sierra. (5)

La menarquia, la espermarca y los cambios puberales son un factor de riesgo para el inicio de la sexualidad a temprana edad, el promedio de edad es a los 13 años en un 88%. Otro estudio realizado con 300 adolescentes tuvieron su menarca entre los 9 a 13 años evidencio que un 80% de este grupo iniciaron su primera relación sexual a temprana edad. (9) Al igual que en el Ecuador el inicio de la menarquia va muy relacionado con el inicio de la vida sexual, lo cual sucede en un 70% de la población que tiene edades entre los 13 a 14 años.

La anticoncepción tanto en Cuba como en otros países es un problema que se debe principalmente a que la información que tienen proviene de sus pares en un 88%, están más informados las mujeres que los varones. En México al analizar una muestra de 220 adolescentes con edades entre los 13 a 18 años,



se observó que el 60 % no emplea ningún método anticonceptivo, se demostró, además, que no se debía tanto al desconocimiento o las dificultades para la adquisición del método anticonceptivo, si no más bien al miedo o tabú de la anticoncepción y a la información herrada sobre el empleo de los anticonceptivos. (10,11)

En cuanto a los factores de riesgo sociales se puede mencionar lo siguiente: la clase social, según se demuestra en un estudio realizado con 442 adolescentes en la ciudad de Porto Alegre (Brasil) se evidenció que hay más probabilidad de embarazos en estratos de clases bajas y muy bajas. (8)

Según la estructura familiar, las familias mono parenterales o con padres ausentes, con hogares desintegrados tienen reglas muy permisivas y los roles no están establecidos claramente, se produce un estado permisivo con una mayor vulnerabilidad para los adolescentes para comenzar una vida sexual muy temprana. El inicio precoz de las relaciones sexuales también se debe a que los padres descuidan el cuidado de sus hijos. Por ello, se ha creado el término de “familia poco acogedora” dando así a los hogares disfuncionales. (12,12,13)

La educación y escolaridad de los adolescente tiene muchas limitaciones, sobre todo por que no toma en cuenta la realización de prácticas preventivas basadas en la realidad sociocultural de los jóvenes, agravado por el abandono del colegio si una adolescente se embaraza. (8) En Brasil se demostró que un 80% de estudiantes terminan la escuela y, de este porcentaje, solamente un 40% termina la secundaria, siendo la principal causa del abandono escolar el embarazo no planificado.

Otro factor identificado es la agresión sexual según otro estudio realizado en Chile con 3212 adolescentes se demostró que un 40% de las adolescentes fueron abusadas por un familiar cercano o un amigo de su localidad. (9)



El consumo de drogas y el inicio de la vida sexual en adolescentes también son factores de riesgo para un inicio temprano de la vida sexual, en Costa Rica la principal sustancia consumida es el alcohol, con un inicio a la edad de 13 años principalmente en fiestas, escuelas y colegios. El consumo de esta sustancia lleva a un aumento del riesgo de inicio sexual por la desinhibición que produce y la falta de uso de métodos; en segundo lugar, está el consumo de tabaco conjuntamente con consumo de marihuana y cocaína (14) En Estados Unidos la edad media de inicio de consumo de drogas es a los 11 años, lo cual sucede también con el inicio de la vida sexual. (15–19)

Entre los aspectos sociodemográficos identificados con el comportamiento sexual de los adolescentes está la cultura, la etnografía y la condición socioeconómica; a diferencia de nuestros países, se ha observado una disminución del inicio de las relaciones sexuales tempranas y embarazo en adolescentes cuando hay preocupación por iniciar con programas de educación sexual y se promueven campañas para fortalecer los lazos afectivos con los padres y la familia. (20–23)

La madurez psicológica del adolescente para el inicio de una vida sexual a temprana edad es muy importante, ya que aún no se ha desarrollado completamente su personalidad y por lo tanto son más susceptibles de sufrir problemas con conductas impulsivas. Existe una mayor vulnerabilidad debido a que no poseen una clara autodefinición para entender su identidad, tornándose vulnerables a su desarrollo sexual, lo cual les lleva al despertar sexual temprano. En el área cognitiva se crea un razonamiento lógico abstracto siendo hipotético deductivo. (24)

El componente psicológico, la dinámica entre compañeros, la estructura familiar, el apoyo psicosocial, el nivel intelectual, la autoestima y las enfermedades psiquiátricas como la depresión y la ansiedad entre otros factores son



situaciones muy ligadas a la capacidad de tomar decisiones por parte de los adolescentes, si alguna de estas áreas esta alterada hay una mayor probabilidad de que el adolescente se refugie en prácticas no saludables para su edad como es el inicio de las relaciones sexuales. (25)

De igual manera, el factor familiar, el involucramiento paterno en actividades de los hijos disminuyen el riesgo de inicio de vida sexual en adolescentes, además, el involucramiento de la familia en las charlas y talleres sobre sexualidad para adolescentes ayudan a crear guías de ayuda, lo que se demostró en un estudio realizado con 200 adolescentes por encuestas donde un 80% fueron hogares desintegrados por diversas causas; un 90% de adolescentes ya había tenido su primera relación sexual antes de los 15 años. (26) Además, también se evidenció que hay una mala y casi nula comunicación familiar, que oriente a los jóvenes sobre temas de sexualidad en el hogar, por lo que los adolescente más acuden a tratar estos temas con sus pares o en fuentes no fidedignas como el internet. (7)

El apoyo social que recibe el adolescente tanto de su microsistema como del macrosistema determina su carácter, su personalidad, su capacidad para tomar decisiones, consecuencia de lo cual puede afrontar situaciones como crisis religiosas, actitud social reivindicatoria, formación de grupos sociales, autoerotismo, cambio de conductas sociales y separación de su grupo familiar lo cual conlleva a un inicio de la vida sexual activa. (1)

Las familias han existido en todas las sociedades, es el grupo social primario, todos tenemos o pertenecemos a una familia, en lo cual aprendemos a ser humanos, en las familias se viven las emociones mas intensas, los momentos mas felices y mas tristes de la vida, se aprenden también hábitos y conductas asociadas a un estilo de vida, que puede o no ser saludable. La familia varía de cultura a cultura, puede propiciar el adecuado desarrollo de sus integrantes y como consecuencia la salud, pero cuando no sucede, ´por el contrario, puede propiciar la enfermedad.



La familia es un grupo de convivencia pero sobre todo de cooperación, en el que sus integrantes buscan que su paso por la vida sea lo mas gratificante y de lo mejor posible.

La estructura de la familia es el conjunto de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia. Una familia es un sistema que opera a través de pautas transaccionales. Las transacciones repetidas establecen pautas acerca de que manera, cuando y con quien relacionarse, y estas pautas apuntalan el sistema.

La familia se le a clasificado de varias maneras pero la clasificación que se emplea en este estudio es la más aceptable a nivel mundial, como primera tenemos por la presencia de los hijos, son familias en la cual contienen en sus nucleos hijos o están recién reconstituyéndose con miras para tener un nuevo integrante en su nucleo (hijos), se le a subclasificado en: pareja sola, familia nuclear, familia trinuclear, en segundo lugar tenemos por la presencia de los padres, son aquellas familias ya sea donde se encuentra los dos padres o uno de ellos o ningún padre, se les a subclasificado en: familia con padres ausentes, familia monoparental, y familia biparental, y por último se ha clasificado a otros tipos de familia en la cual se encuentran todas aquellas familias que poseen otros miembros en sus grupos de sistemas y encontramos aca una subdivisión : personas sin familia, equivalentes familiares, familias corporativas, familias ampliadas y familias extensas. Es importante la calificación de las familias ya que en el estudio de los sistemas demuestran que familias son las que poseen factores protectores o no protectores para el cuidado de los adolescentes en todos sus ámbitos físico, psicológico, social y sexual.



CAPÍTULO III

3.1 HIPÓTESIS

La estructura familiar; por los nucleos de los hijos, por la presencia de los padres y otros grupos familiares, así como la funcionalidad de la familia; es un factor causal para el inicio de las relaciones sexuales en los adolescentes en etapa temprana.

3.2 OBJETIVO GENERAL

Determinar la estructura y funcionalidad familiar como factor causal en el inicio de las relaciones sexuales de los adolescentes en etapa temprana de la parroquia Checa, Cuenca 2015.

3.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 3.3.1 Describir la población de acuerdo a: edad, sexo, nivel de instrucción, estado civil, nivel de instrucción de los padres, situación laboral, religión, estado civil de los padres, migración, madre o padre adolescente, repetidor de grado, consumo de alcohol.
- 3.3.2 Identificar la estructura familiar de los adolescentes y funcionalidad familiar.
- 3.3.3 Describir la actividad sexual de los adolescentes según: fuente de información sobre sexualidad, edad primer enamorado, edad primera relación sexual, edad menarquia, ha tenido enamorado/a, edad para tener la primera relación sexual, grado de actividad sexual, inicio de relaciones sexuales, motivo para la primera relación sexual, contacto sexual, uso de anticonceptivos, quién debería enseñar sobre educación sexual.
- 3.3.4 Determinar la relación entre la estructura familiar con el inicio de las relaciones sexuales en adolescentes.
- 3.3.5 Conocer las percepciones de los adolescentes en relación al inicio de su vida sexual.



CAPÍTULO IV

4. Metodología

4.1 Tipo de estudio

Se realizó un estudio con enfoque mixto: cuantitativo observacional analítico transversal y cualitativo.

En donde la aplicación de técnicas combinadas cualitativas y cuantitativas nos ayudó para una mejor descripción y caracterización en profundidad del tipo de familia que poseen los adolescentes y su implicación en su vida sexual.

Universo: adolescentes de la parroquia Checa. En la parroquia Checa existe una población de 2471 habitantes con una densidad poblacional de 43.64, la población de adolescentes entre hombres y mujeres es de 570 según los datos del INEC del año 2010.

Muestra

Se calculó el tamaño de la muestra con el software EPIDAT V.4.1. Se consideró un universo finito y una proporción esperada del 52,8% (inicio relaciones sexuales), nivel de confianza 95% y con una precisión del 5%. Con estos valores el tamaño de la muestra es de 231 adolescentes entre hombres y mujeres comprendidos entre las edades de 12 a 14 años.

4.2 Área de estudio

El estudio se realizó en el Parroquia Checa ubicado al norte de la ciudad de Cuenca por la vía Cuenca – Chiquintad - Checa de la Provincia del Azuay. Su ubicación es en las faldas de la cordillera occidental andina, se encuentra dividida por comunidades y posee una extensión de 18.347,61 hectáreas.

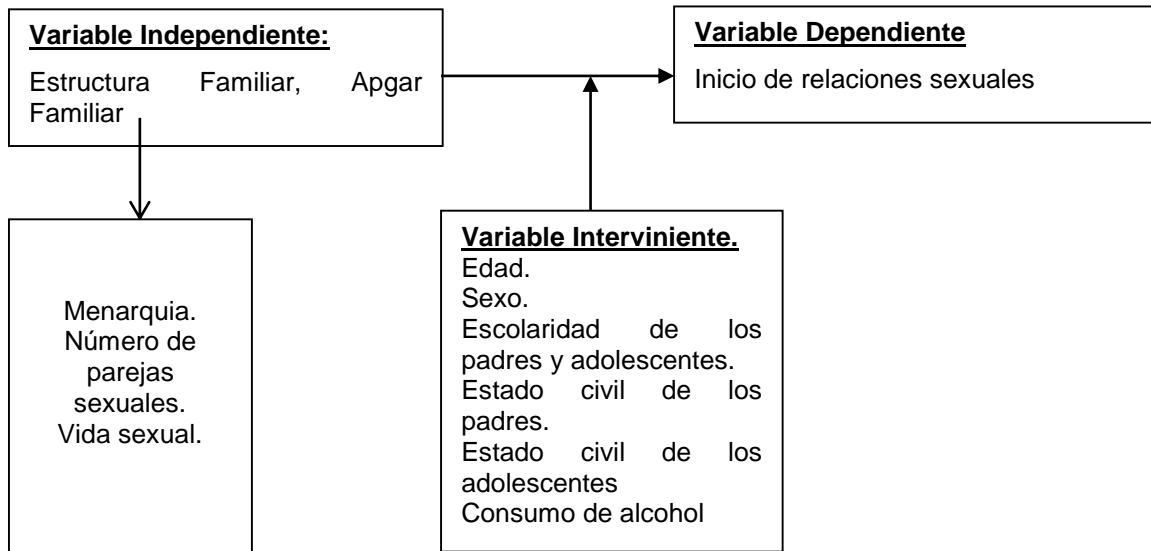


4.3 Población de estudio

Adolescentes de la parroquia Checa y que acuden al subcentro de salud.

4.4 Variables

4.5 Matriz de variables



4.6 Operacionalización de variables

Variable	Concepto	Dimensión	Indicador	Escala
Edad	Hace referencia al tiempo que haya transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo. Cronológica, tiempo transcurrido desde el evento de nacimiento de la persona hasta el momento de su constatación.	Tiempo	Años.	Numérica 12 13 14
Sexo	Caracteres sexuales externos que identifican a una persona como hombre o mujer	Fenotipo	Fenotipo	Nominal. Hombre Mujer
Religión	Creencia religiosa, de normas de comportamiento y de ceremonias de oración o sacrificio que son propias de un determinado grupo humano y con las que el hombre reconoce una relación con la divinidad, un dios o varios dioses.	Religion	Católico Ateo otra	Nominal Católico Ateo No creyente otra
Estado civil de los padres	Condición legal de relación de los padres de un adolescente según las leyes ecuatorianas	Condición legal	Cédula	Nominal Solteros Casados o unión de afecto



UNIVERSIDAD DE CUENCA

				Separados o divorciados Viudez de alguno
Adolescencia temprana	El adolescente temprano (edades entre los 10 a 14 años) tiende a enfocar los cambios físicos en el cuerpo y psicológicos con respecto a la maduración. Se enfrenta a los cambios propios de la pubertad, se debe adaptar a las "presiones" sexuales propias de la elevación de sus hormonas sexuales.	Años	Edad	Numerico 12 años 13 años 14 años
Situación laboral de los padres.	Actividad que desempeñan los padres de forma rutinaria y como medio de adquirir ingresos económicos para sustento familiar	Actividad que desempeñan	Actividad que desempeñan	Nominal Ambos trabajan Madre trabaja padre no Padre trabaja madre no Ninguno trabaja
Ocupación de los padres	Actividad laboral física o intelectual que una persona realiza como parte de su vida diaria sea o no remunerada y que la profesa como parte de su vida	Actividad laboral física o intelectual	Tendencia laboral física o intelectual	Nominal Profesional Agricultor Artesano QQDD Estudiante Otro
Migración	Movimiento de una persona que consiste en dejar el lugar de residencia para establecerse en otro país o región, generalmente por causas económicas o sociales	Movimiento de una persona	Movimiento de una persona	Nominal Si No
Inicio de la menarquia	Menarca es la primera menstruación en una mujer, es decir la primera ovulación lo cual biológicamente indica que tu cuerpo se prepara para ser madre, ocurren cambios tanto físicos, fisiológicos y psicológicos.	Biológica	Hoja del adolescente	Numerica < 13 años. > 13 años.
Estructura Familiar	Se define a los miembros o personas que componen el sistema familiar que se organizan e interactúan entre ellos para llevar sus reglas y normas, que viven	Tipos de familias	Familiograma estructural.	Ordinal. Núcleos de los hijos. Por la presencia de los padres.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

	bajo un mismo techo y comparten una olla común.			Otros grupos familiares
Funcionalidad familiar	Es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. Esto significa que debe cumplir con las tareas encomendadas, que los hijos no presenten trastornos graves de conducta y que la pareja no esté en lucha	Capacidad para superar y enfrentar etapas del ciclo vital	Test Apgar Familiar Funcional 7 – 10 puntos. Disfunción moderada 4 – 6 puntos. Disfunción severa 0 – 3 puntos	Ordinal Funcional Disfunción moderada Disfunción severa
Nivel de instrucción	Cada una de las etapas que forman la educación de un individuo tomando como base un promedio de edad determinada. El cual al finalizar se le otorga un certificado de acreditación del nivel en cuestión	Primaria. Secundaria. Estudios superiores	Ficha familiar en literal a encontramos el nivel de educación	Cuantitativo Analfabeto. primaria Secundaria. Estudios superiores.
Quién debería enseñar educación sexual	Persona a la que un adolescente refiere que debería enseñar sexualidad por sus conocimientos y por la posibilidad de consultarles	Persona que enseña	Padres Profesores Amigos Novio/a Medios de comunicación Equipo de salud Nadie	Nominal Padres Profesores Amigos Novio/a Medios de comunicación Equipo de salud Nadie
Quien ha enseñado educación sexual	Persona encargada profesional o que se a relacionado con un tema específico quien imparte técnicas y definiciones sobre el tema propuesto	Persona que se encarga de impartir conocimientos	Padres Personal de salud. Medios de comunicación. Amigos. Profesores. Hermanos. Novio/a.	Nominal Padres Personal de salud. Medios de comunicación. Amigos. Profesores. Hermanos. Novio/a.
Ha tenido enamorado/a	Condición referida por un adolescente en la que a mantenido una relación afectiva de tipo amorosa con otra persona y que la reconoce como su primer enamorado/a	Relación afectiva	Relación afectiva	Nominal Si No
Edad a la que tubo		Relacion afectiva	Relacion afectiva	Numérica. 12 años. 13 años.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

primer enamorado				14 años.
Repetidor de grados	Condición en la que un adolescente pierde un año de estudios por tener bajo rendimiento académico o por problemas de conducta	Perder un año escolar	Perder un año escolar	Nominal Si No
Madre / padre adolescente	Condición en la que los padres de los adolescentes procrearon un hijo habiendo sido menores de edad o adolescentes	Procrear un hijo en la adolescencia	Procrear un hijo en la adolescencia	Nominal Si No
Consumo de alcohol	Situación referida por el adolescente en la que manifiesta el consumo de alguna bebida que contiene alcohol	Ingesta de bebida alcohólicas	Ingesta de bebida alcohólicas	Nominal Si No
Edad para tener relaciones sexuales	Pensamiento o creencia referida por el adolescentem como edad adecuada para tener la primera relación sexual.	Edad adecuada	Edad adecuada	Numérica < 18 años. 18 a 21 años. > 21 años.
Tipo de actividad sexual	La actividad sexual es una expresión conductual de la sexualidad personal donde el componente es el acercamiento físico y emocional hacia otra persona sea del sexo opuesto o del mismo sexo, es decir todo contacto físico que exista entre dos personas independientemente del tiempo de conocerse o tipo de unión que tengan.	Comportamientos que buscan erotismo y contacto sexual	Escala de Petting valora el tipo de intimidad y contacto entre dos personas	Ordinal Grado I Grado II Grado III Grado IV
Inicio de relaciones sexuales	Edad a la que un adolescente tuvo su primer contacto físico sea con penetración o no la persona	Edad de primera relación sexual	años	Numérica. 12 años. 13 años. 14 años
Número de parejas sexuales	Número de compañeros sexuales con los que una adolescente a mantenido relaciones sexuales	Compañeros sexuales	Compañeros sexuales	Numérica. 1. 2. 3. Más parejas.
Tipo de relación con su pareja.	Tipo de relación afectiva y sexual determinado por el tiempo de conocerse y el grado de afectividad	Grado de afectividad	Ocacional Estable	Nominal Ocacional Estable
Tiempo transcurrido hasta el acto sexual	Es el intervalo desde que la pareja se conocieron para llegar a tener cualquier tipo de contacto físico sexual.	Grado de afectividad	Tiempo	Numerica. < 1 año. > 1 año.
Motivo primera relación sexual	Situación que los adolescentes manifiestan que influyó para mantener el primer contacto sexual con otra pareja.	Situación que determinó el primer contacto sexual	Excitación Probar Curiosidad	Nominal Excitación Probar Curiosidad



UNIVERSIDAD DE CUENCA

			Sin motivo aparente Amor Para aprender Violación No responde	Sin motivo aparente Amor Para aprender Violación No responde
Uso anticonceptivos	Condición en la que un adolescente manifiesta que si utiliza un método anticonceptivo para prevenir un embarazo no deseado o una enfermedad de transmisión sexual	Uso de un método anticonceptivo para prevenir un embarazo o ETS	Preservativo Anticonceptivos orales Otros	Nominal Si. No.
Tipo de anticonceptivo	Se define a las características y la presentación en las que se encuentran en el mercado cada método anticonceptivo.	Empleo de los distintos tipos de anticoncepción.	Empleo de los distintos tipos de anticoncepción.	Nominal. Preservativo. Anticonceptivos orales. Otros.
Enfermedades de transmisión sexual	Son un conjunto de afecciones clínicas infectocontagiosas que se transmiten de persona a persona por medio del contacto sexual que se produce, casi predominantemente por contacto sexual, incluidos el sexo vaginal, anal y oral. También se pueden propagar por medios no sexuales.	Padecimiento de una ETS	Padecimiento de una ETS	Nominal Si No No sabe

Categorías para la investigación cualitativa.

Categorías	Proposiciones agrupadas por temas	Códigos
Para el área psicosocial:	<p>Aspiraciones sobre plan de vida a futuro.</p> <p>Deseo de no tener relaciones sexuales. Las actividades recreativas personales y familiares</p> <p>La relación con su entorno tanto amistades y familia, roles funciones y actividades sociales comunitarias.</p> <p>Actitud y conducta de la sociedad (amigos, jorga) ante aspectos de la sexualidad.</p> <p>Influencia del grupo, influencia de quienes ya tuvieron relaciones sexuales, influencia del ambiente en el que se reúnen.</p> <p>Ideologías sobre la deserción y la no continuidad de los estudios en los adolescentes.</p>	ARE-SOC
Para el área familiar	<p>La relación afectiva motivacional con los padres</p> <p>El tipo de estereotipos que aprenden de los padres, según sea hijo o hija en relación al padre y la madre.</p> <p>El tipo de comunicación y confianza.</p> <p>Apoyo que reciben de los padres, el conocimiento que tienen ellos de sus hijos y la sexualidad.</p> <p>Tipo de consejos y apoyo que reciben, la influencia para mantener un noviazgo, embarazo o una enfermedad de transmisión sexual.</p>	ARE-FAM



Para el área afectivo-personal	Cómo definen los adolescentes a sus padres. Tipo de relación que mantienen con los padres, Influencia de los amigos en las relaciones afectivas. Los fundamentos para la relación entre las parejas: (atracción física, sentimientos de amor). La opinión sobre los valores que aprenden hoy en día de la sociedad (material y espiritual).	ARE-AFEC-SOC
Área sexual:	Diferencias entre el coito y la relación sexual. Inicio de las relaciones sexuales. Factores que motivan el inicio, el lugar (casa, escuela, parques, auto), la intimidad, el bienestar o placer, sentimientos y emociones, curiosidad, interés de adquirir experiencia, influencia de amigos, televisión, internet, y pornografía.	ARE-SEX

4.7 Criterios de inclusión y exclusión

4.7.1 Criterios de Inclusión

- Todos los adolescentes comprendidos entre los 12 a 14 años de edad que asistan al Sub Centro De Salud y de la Parroquia Checa
- Padres de los adolescentes que estén dispuestas a colaborar con el proyecto de tesis y firmen el consentimiento y el asentimiento de sus hijos

4.7.2 Criterios de Exclusión

- Los adolescentes que presenten discapacidad física o psíquica moderada o grave.
- Adolescentes que ya se encuentren en estado civil de matrimonio o unión libre.

4.8 Procedimientos e instrumentos para la recolección de datos

La muestra estuvo formada por hombres y mujeres en etapa de la adolescencia temprana que acudan al sub centro de Checa, del Colegio Nacional Mixto de Checa y de las comunidades de la parroquia Checa, se registraron los datos demográficos como edad, el sexo: femenino o masculino, estado civil de los padres: soltero, casado/unión libre u otro, escolaridad: primaria o menos, secundaria, preparatoria o carrera técnica y profesión o Posgrado, ocupación de



los padres o encargado del adolescente: profesional, comerciante, trabajador manual no calificado, ama de casa.

Los datos familiares estuvieron compuestos por el Tipo Familiar con adolescentes en etapa temprana, se empleó el Familiograma estructural; el cual nos indicó si es una familia integrada, semi-integrada, desintegrada.

Para evaluar el desarrollo puberal de los adolescentes se empleó el test de TANNER, que es una valoración de la maduración sexual a través del desarrollo físico de los niños, adolescentes y adultos. La escala define las medidas físicas de desarrollo basadas en las características sexuales externas primarias y secundarias, tales como el tamaño de las mamas, genitales, volumen testicular y el desarrollo del vello púbico y axilar, categorizando en 5 etapas.

Para evaluar el contacto de actividad sexual se utilizó la escala de Peeting la misma que valora en cuatro grados: grado I contacto físico solo por besos, grado II contacto físico por besos, caricias de pechos y o región genital sobre la ropa, grado III contacto físico por besos, caricias de pechos y o región genital bajo la ropa y grado IV coito (anal y/o vaginal).

Para evaluar las percepciones se empleó la metodología cualitativa, conformando grupos focales de 8 estudiantes en tres momentos; un grupo de género femenino, otro masculino y uno mixto (hombre y mujeres), hasta la saturación de la información necesaria para el estudio. En total se realizaron 5 grupos focales. El diseño empleado para el estudio de casos empleando entrevistas a profundidad como recurso valioso, para la investigación en el ámbito de la salud. El empleo de ésta metodología en la evaluación de la sexualidad del adolescente ayuda a recopilar la opinión que tienen, desde su propia perspectiva, y analizar las coincidencias y diferencias entre ellos. Estos métodos se utilizaron por cuanto se centran en el conocimiento u opinión personal que tienen los adolescentes.

Para el análisis de la función familiar se empleo el Test de APGAR FAMILIAR, que se realizo por primera vez en el año de 1978 por Gabriel Smilkstein, este test busca la evaluación de la funcionalidad familiar de una forma cualitativa, el cual evalúa: adaptación, participacion, crecimiento, afecto y recreación, con un



puntaje de 0 a 10 puntos. Este test se encuentra formulado por cinco preguntas: cuando algo me preocupa, ¿puedo pedir ayuda a mi familia?, me gusta la manera como mi familia habla y comparte los problemas con migo, me gusta como mi familia me permite hacer cosas nuevas que deseo hacer, me gusta lo que mi familia hace cuando estoy triste, feliz, molesto, etc, y; me gusta como mi familia y yo compartimos el tiempo juntos. Casificando así a las familias en tres grupos funcionales (7 a 10 puntos), disfunción moderada (4 a 6 puntos) y disfunción severa (0 a 3 puntos). El apgar familiar mide de manera objetiva el grado de funcionalidad familiar, tiene utilidad para estudios de investigación y clínicos de la familia, corrobora la impresión clínica de la entrevista clínica, tiene valor pronóstico en el manejo de problemas familiares.

Para el análisis de las enfermedades de transmisión sexual en el adolescente en etapa temprana se empleó la percepción de cada uno con preguntas que si conocía o desconocía cuáles son las enfermedades de transmisión sexual y como se pueden transmitir.

El grupo focal estuvo dirigido a adolescentes comprendidos entre los 12 a 14 años de ambos sexos por separado, cada grupo focal estuvo conformado por 8 adolescentes, en total se trabajó con cinco grupos focales, pues en esta etapa de la vida puede ser que, al juntar jóvenes de ambos sexos, se limite su participación por sentir temor o pena del sexo opuesto.

El entrevistador llevó una guía sobre los aspectos para tratar sin perder la libertad para conducir la entrevista, de manera que pueda analizar al grupo, profundizar en ciertos aspectos, plantear nuevas preguntas exploratorias, etc. El entrevistador debe tener dominio de la técnica de entrevista a profundidad a fin de que pueda conducir el interrogatorio sin surgir respuestas, facilitar la participación del entrevistado, saber manejar los riesgos, invitar a opinar y reflexionar sobre el tema, superar la timidez, y sobre todo enfocarse en el tema para lograr la saturación de la información.

Para las entrevistas se utilizó una entrevista semiestructurada, que permitió guiar la conversación en los componentes que se han definido como específicos para conocer la sexualidad en los adolescentes.



Para registrar la información se utilizó una grabadora y se registro en papel. Se exploraron las áreas psicosociales, familiar, afectivo-familiar y sexual como principales categorías como riesgo para el inicio de las relaciones sexuales en los adolescentes.

Para el área familiar: Se enfocó acerca del pensamiento de los cambios que presentan y la dinámica que ellos entienden sobre el tiempo de calidad que les dan, además la relación que existen en los hogares donde no están al cuidado de sus padres biológicos u hogares monoparentales como a afectado el pensamiento sobre familia y sexualidad.

Para el área afectivo-personal: como definen los adolescentes a sus padres, tipo de relación que mantienen con los padres, influencia de los amigos en las relaciones afectivas. En que se fundamenta la relación entre las parejas: (atracción física, sentimientos de amor). La opinión sobre los valores que aprenden hoy en día de la sociedad (material y espiritual).

Área sexual: La diferencia entre el coito y la relación sexual, inicio de las relaciones sexuales, factores que motivan el inicio, el lugar (casa, escuela, parques, auto), la intimidad, el bienestar o placer, sentimientos y emociones, curiosidad, interés de adquirir experiencia, influencia de amigos, televisión, internet, y pornografía.

Para ver la dinámica de el microsistema con el macrosistema que se influye en la familia se empleara el Ecomapa una herramienta que permite graficar las relaciones de la familia con el macro-sistema social en el que se desenvuelven y con el cual tiene un contacto directo que afecta positiva o negativamente al sistema familiar. Fue propuesto por Hartman en 1979 para evaluar las relaciones de cada miembro de la familia con su entorno social mas cercano.

4.9 Plan de análisis

Para el análisis de datos se transcribieron las encuestas a una base de datos digitales SPSS V.15, previo al análisis se revisaron la cantidad de los datos y se corrigieron en caso de ser necesario para las variables sociales se presentaron frecuencias y porcentajes en estos casos se emplearon gráficos de barras para



una mejor visualización de la magnitud de los resultados. Se obtuvieron los estimadores de tendencia central, la media y desviación estándar. Para determinar la asociación se emplearon los valores χ^2 y los valores P, además se analizó la asociación mediante el odds ratio con su intervalo de confianza del 95%, se consideró resultados estadísticamente significativos a valores de $p < 0.05$.

Para el análisis cualitativo se empleo el programa Atlas.ti. Las entrevistas se transcribieron utilizando un procesador de textos como Word de Microsoft Office. El análisis consistió en la identificación de las categorías en el texto, según las opiniones de los jóvenes lo cual se relacionó con las citas. Además, se elaboraron memos según las ideas y conceptos que surgieron al momento del análisis del texto.

En una segunda etapa, se procedió a analizar cada categoría con las citas para identificar los significados que los jóvenes tienen en relación al inicio de las relaciones sexuales.

4.10 Aspectos éticos

La presente investigación contó con la autorización del comité de investigación del posgrado de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca y del Comité de Ética. De igual manera, se solicitó los permisos respectivos. La investigación no implicó ningún riesgo para la salud de los adolescentes. Se mantuvo la confidencialidad de los datos en todo momento, y no se publicaron los datos personales de los adolescentes. Para iniciar el estudio se les explicó a los padres de familia y los estudiantes el propósito de la investigación, luego de lo cual se solicitó que firmen un consentimiento informado los padres y el asentimiento informado los adolescentes (Ver anexo 1 y 2). En el caso de que existieron estudiantes que tuvieron algún problema con su salud identificado con la aplicación de los test se coordinó con el equipo de salud del Sub Centro de Salud de la Parroquia Checa.



CAPÍTULO V

5. Resultados

Tabla N° 1
Variables socio-demográficas de 231 adolescentes en etapa temprana de la parroquia Checa, Cuenca 2015.

Variables	n	%
Sexo		
Masculino	127	55,0
Femenino	104	45,0
Total	231	100,0
Grupos etarios		
12 años	62	26,8
13 años	79	34,2
14 años	90	39,0
Total	231	100,0
Religión		
Católica	212	91,8
Ateo	5	2,2
No creyente	2	0,9
Otra	12	5,1
Total	231	100,0

Fuente: Base de datos
Elaboración: Dr. Andrés F. Sagnay N.

Interpretación: Se observó una similar frecuencia entre el sexo masculino 55,0% (n=127) y el femenino 45,0% (n=104). De acuerdo a la edad de los adolescentes un 39% de la muestra analizada tuvo 14 años. La religión católica es practicada por el 91,8% (n=212) de los adolescentes estudiados, **Tabla 1**.



Tabla N° 2
Variables socio-demográficas de los padres de 231 adolescentes en etapa temprana de la parroquia Checa, Cuenca 2015.

	n	%
Estado civil de los padres		
Madre Soltera	39	16,9
Casados o Unión de afecto	147	63,6
Separados o divorciados	37	16,0
Viudez de alguno	8	3,5
Total	231	100,0
Nivel educativo del padre		
Analfabeto	0	0
Primaria	161	69,7
Secundaria	57	24,7
Superior	13	5,6
Total	231	100,0
Nivel educativo de la madre		
Analfabeto	11	4,8
Primaria	172	74,4
Secundaria	43	18,6
Superior	5	2,2
Total	231	100,0

**Situación laboral de padres**

Ambos trabajan	108	46,8
Madre trabaja	23	10,0
Padre trabaja	91	39,3
Ninguno trabaja	9	3,9
Total	231	100,0

Ocupación del padre

Profesional	31	13,4
Agricultor	40	17,3
Artesano	37	16,0
Quehaceres del hogar	40	17,3
Estudiante	2	0,9
Otros	81	35,1
Total	231	100,0

Ocupación de la madre

Profesional	6	2,6
Agricultor	46	19,9
Artesano	35	15,2
Quehaceres del hogar	105	45,5
Estudiante	0	0
Otros	39	16,8
Total	231	100,0

Migración de los padres

No	155	67,1
Si	76	32,9
Total	231	100,0

Fuente: Base de datos
Elaboración: Dr. Andrés F. Sagnay N.

Interpretación: El estado civil de los padres de los adolescentes tuvo con mayor frecuencia el estado civil de casado o unión de afecto (63,6%). En cuanto al nivel educativo de los padres fue predominantemente de educación primaria para



ambos; respecto a la situación laboral, el 46,8% de los padres trabajan seguido de una 39,3% que reportó que solo el padre trabaja; la ocupación del padre fue con mayor frecuencia agricultor y quehaceres del hogar, mientras que en la madre fue principalmente quehaceres del hogar; la migración de los padres se presentó con una frecuencia del 32,9%, **Tabla 2**.

Tabla N° 3
Medios de información sobre sexualidad en los 231 adolescentes en etapa temprana de la parroquia Checa, Cuenca 2015.

	N	%
Medios de información - Sexualidad		
Padres	51	22,1
Personal de salud	56	24,2
Medios de comunicación	47	20,3
Amigos	42	18,2
Profesores	35	15,2
Total	231	100,0

Fuente: Base de datos
Elaboración: Dr. Andrés F. Sagnay N.

Interpretación: Según los medios de información sobre sexualidad que reciben los adolescentes, se encuentra con mayor frecuencia el personal de salud con un 23,2%, seguido de los padres con un 22,1%, **Tabla 3**.

Tabla N° 4
Edad de menarquia en las 104 adolescentes del sexo femenino en etapa temprana de la parroquia Checa, Cuenca 2015.

	N	%
Edad de la menarquia		
Menos de 13	61	57,5
13 o más	45	42,5
Total	106	100,0

Fuente: Base de datos
Elaboración: Dr. Andrés F. Sagnay N.



Interpretación: Se observó que el 57.5% (n=61) de las adolescentes presentó la menarquia cuando tuvo menos de 13 años, **Tabla 4**.

Tabla N° 5
Comportamiento de la presencia de enamorado en los adolescentes en etapa temprana de la parroquia Checa, Cuenca 2015.

	n	%
Ha tenido enamorado(a)		
No	36	15,6
Si	195	84,4
Total	231	100,0
Edad a la que tuvo primer enamorado(a)		
12 años	52	26,7
13 años	67	34,4
14 años	76	39,0
Total	195	100,0

Fuente: Base de datos
Elaboración: Dr. Andrés F. Sagnay N.

Interpretación: Se puede observar que el 84,4% (n=195) de los adolescentes ha tenido enamorado(a); de acuerdo a la edad, la mayoría tuvo su primer enamorado/a a los 14 años, lo que corresponde al 39,0% (n=76) **Tabla 5**.

Tabla N° 6
Frecuencia de padres adolescentes y repetidores de grados en los 231 adolescentes en etapa temprana de la parroquia Checa, Cuenca 2015.

	n	%
Madre o padre adolescente		
No	215	93,1
Si	16	6,9
Total	231	100,0
Repetidor de grado escolar		
No	219	94,8
Si	12	5,2



Total	231	100,0
--------------	-----	-------

Fuente: Base de datos
Elaboración: Dr. Andrés F. Sagnay N.

Interpretación: La prevalencia de madre o padre adolescente fue del 6,9% (n=16); por otra parte, el 5,2% reportó ser repetidor de grado escolar, **Tabla 6**.

Tabla N° 7
Frecuencia de consumo de alcohol en los 231 adolescentes en etapa temprana de la parroquia Checa, Cuenca 2015.

	N	%
Consumo de alcohol		
No	154	66,7
Si	77	33,3
Total	231	100,0

Fuente: Base de datos
Elaboración: Dr. Andrés F. Sagnay N.

Interpretación: El consumo de alcohol se presentó en el 33,3% (n=77) de los adolescentes, **Tabla 7**.

Tabla N° 8
Edad a la que deberían empezar las relaciones sexuales para los 231 adolescentes en etapa temprana de la parroquia Checa, Cuenca 2015.

	n	%
Edad a la que deberían iniciar Relaciones sexuales		
Menos de 18 años	36	15,6
18 a 21 años	144	62,3
Más de 21 años	51	22,1



Total	231	100,0
--------------	-----	-------

Fuente: Base de datos
Elaboración: Dr. Andrés F. Sagnay N.

Interpretación: De acuerdo a los adolescentes la edad adecuada para el inicio de las relaciones sexuales sería entre los 18 a 21 años con un 62,3% (n=144), seguido de un 22,1% (n=51) que opinó que debería ser a una edad mayor a 21 años y en menor frecuencia el 15,6% (n=36) refirió que debería ser antes de los 18 años, **Tabla 8**.

Tabla N° 9

Grado de actividad sexual en los 195 adolescentes en etapa temprana que manifestaron tener enamorado/a de la parroquia Checa, Cuenca 2015.

	n	%
Grado de actividad sexual		
Grado I	64	32,8
Grado II	8	4,1
Grado III	5	2,6
Grado IV	118	60,5
Total	195	100,0

Fuente: Base de datos
Elaboración: Dr. Andrés F. Sagnay N.

Interpretación: El grado de actividad sexual más frecuente fue el IV con un 60,5% (n=118) seguido del grado I con un 32,8% (n=64) y en menor proporción el grado II y III, **Tabla 9**.

Tabla N° 10

Comportamiento del inicio de relaciones sexuales en los adolescentes en etapa temprana de la parroquia Checa, Cuenca 2015.

	n	%
Inicio de relaciones sexuales		
No	113	48,9
Si	118	51,1



Total	231	100,0
Edad de inicio de relaciones sexuales		
12 años	36	30,5
13 años	38	32,2
14 años	44	37,3
Total	118	100,0

Fuente: Base de datos
Elaboración: Dr. Andrés F. Sagnay N.

Interpretación: La prevalencia del inicio de relaciones sexuales fue de 51,1% (n=118) mientras que un 48,9% (n=113) no reportó inicio de relaciones sexuales. La edad promedio para el inicio de relaciones sexuales fue de $13,57 \pm 1,79$ años; observándose mayor frecuencia de inicio de relaciones sexuales a la edad de 14 años (37,3%), **Tabla 10**.

Tabla N° 11
Comportamiento de la actividad sexual en los adolescentes que iniciaron relaciones sexuales en etapa temprana de la parroquia Checa, Cuenca 2015.

	n	%
--	---	---



Número de pareja sexuales		
una	66	55,9
dos	14	11,9
tres o más	38	32,2
Total	118	100,0
Último contacto sexual		
Ocasional	38	32,2
Estable	80	67,8
Total	118	100,0
Tiempo transcurrido hasta el acto sexual		
Menos de 1 año	85	72,0
1 año o más	33	28,0
Total	118	100,0
Motivo de la primera relación sexual		
Excitación	27	22,9
Probar	8	6,8
Curiosidad	16	13,6
Sin motivo aparente	4	3,4
Amor	51	43,2
Para aprender	3	2,5
Violación	1	0,8
No responde	8	6,8
Total	118	100,0
Uso de anticonceptivos		
No	55	46,6
Si	63	53,4
Total	118	100,0
Tipo de anticonceptivo utilizado		
Preservativo	53	84,2
Anticonceptivos orales	6	9,5



Otros	4	6,3
Total	63	100,0

Frecuencia de uso de anticonceptivos

Casi Siempre	23	36,5
Mayoría de las veces	8	12,7
Algunas veces	16	25,4
Casi Nunca	16	25,4
Total	63	100,0

Fuente: Base de datos
Elaboración: Dr. Andrés F. Sagnay N.

Interpretación: En cuanto al número de parejas sexuales en los adolescentes que iniciaron las relaciones sexuales, el 55,9% (n=66) refirió haber tenido una pareja sexual; el 67,8% (n=80) reportó que la relación con el último contacto sexual es estable; por su parte el 72,0% (n=85) de los adolescentes tuvo la relación sexual en menos de un año de conocer a la pareja sexual; el motivo más frecuente fue el amor con un 43,2%, seguido de 22,9% que lo hizo por excitación. El 53,4% reportó el uso de anticonceptivos siendo el más frecuente el preservativo con un 84,2% y la frecuencia de uso más predominante fue casi siempre con un 36,5%, **Tabla 11**.

Tabla N° 12
Prevalencia de enfermedades de transmisión sexual en los 231
adolescentes en etapa temprana de la parroquia Checa, Cuenca 2015.

	n	%
Ha presentado alguna ETS		
Si	12	5,2
No	161	69,7
No sabe	58	25,1
Total	231	100,0

Fuente: Base de datos
Elaboración: Dr. Andrés F. Sagnay N.
* ETS: Enfermedad de transmisión sexual



Interpretación: La prevalencia de enfermedades de transmisión sexual fue de un 5,2% (n=12), **Tabla 12.**

Tabla N° 13
Quien debería enseñar educación sexual en los 231 adolescentes en etapa temprana de la parroquia Checa, Cuenca 2015.

	N	%
Quien debería enseñar educación sexual		
Padres	106	45,9
Profesores	43	18,6
Amigos	6	2,6
Novio/a	9	3,9
Medios de comunicación	8	3,5
Equipo de salud	49	21,2
Nadie	10	4,3
Total	231	100,0

Fuente: Base de datos
Elaboración: Dr. Andrés F. Sagnay N.

Interpretación: Los estudiantes consideran que la educación sexual a los adolescentes, debería ser enseñada por los padres con un 45,9% (n=106) seguido del equipo de salud con un 21,2% (n=49), **Tabla 13.**

Tabla N° 14
Quien ha enseñado educación sexual en los 231 adolescentes en etapa temprana de la parroquia Checa, Cuenca 2015.

	N	%
Quien ha enseñado educación sexual		
Padres	61	26,4
Personal de salud	55	23,8
Medios de comunicación	43	18,6
Amigos	27	11,7
Profesores	35	15,2



Hermanos	6	2,6
Novio/a	4	1,7
Total	231	100,0

Fuente: Base de datos
Elaboración: Dr. Andrés F. Sagnay N.

Interpretación: De acuerdo a quien ha enseñado educación sexual a los adolescentes, se observó con mayor frecuencia a los padres con un 26,4% seguido del personal de salud con un 23,8%, **Tabla 14.**

Tabla N° 15
Comportamiento de la estructura y funcionalidad familiar en los 231 adolescentes en etapa temprana de la parroquia Checa, Cuenca 2015.

	N	%
Estructura familiar		
Familia Nuclear	131	56,7
Incompleta	77	33,3
Extensa	2	0,9
Reconstituida	20	8,7
Con padrastro	1	0,4
Total	231	100,0
Funcionalidad familiar		
Buena Función	138	59,7
Disfunción Moderada	80	34,6
Disfunción severa	13	5,6
Total	231	100,0

Fuente: Base de datos
Elaboración: Dr. Andrés F. Sagnay N.

Interpretación: En relación a la familia, la estructura familiar más frecuente fue la nuclear con un 56,7% (n=131), seguido de la incompleta con un 33,3% (n=77) y la familia reconstituida 8,7% (n=20); por otro lado, el 59,7% (n=138) presentó



una buena funcionalidad familiar, mientras que un 34,6% (n=80) tuvo una disfunción moderada y el 5,6% (n=13) disfunción severa, **Tabla 15**

Tabla N° 16

Asociación entre el inicio de relaciones sexuales y las variables socio-demográficas en adolescentes en etapa temprana de la parroquia Checa, Cuenca 2015.

Variables	Inicio de relaciones Sexuales				Total		χ^2 (p)*
	Si		No				
	n	%	n	%	n	%	
Sexo							
Masculino	77	60,6	50	39,4	127	100,0	10,291 (0,001)
Femenino	41	39,4	63	60,6	104	100,0	
Grupos Etarios							
12 años	26	41,9	36	58,1	62	100,0	1,664 (0,435)
13 años	41	51,9	38	48,1	79	100,0	
14 años	46	51,1	44	48,9	90	100,0	
Religión							
Católica	107	50,5	105	49,5	212	100,0	8,248 (0,041)
Ateo	5	100,0	0	0	5	100,0	
No creyente	2	100,0	0	0	2	100,0	
Otra	4	33,3	8	66,7	12	100,0	

Fuente: Base de datos

Elaboración: Dr. Andrés F. Sagnay N.

Interpretación: Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el sexo y el inicio de relaciones sexuales (valor de chi cuadrado=10,291 y valor de $p=0,001$) observándose una mayor frecuencia de relaciones sexuales en el sexo masculino (60,6%) que en el femenino (39,4%); No se encontró asociación con la edad (chi cuadrado=1,664 y valor de $p=0,435$); por su parte la religión también mostró asociación (valor de chi cuadrado=8,248 y valor de $p=0,041$), evidenciándose que los adolescentes que refirieron ser ateos o no creyentes tuvieron un 100% de inicio de relaciones sexuales, **Tabla 16**.



Tabla N° 17
Asociación entre el inicio de relaciones sexuales y las variables sociodemográficas de los padres de los adolescentes en etapa temprana de la parroquia Checa, Cuenca 2015.

	Inicio de relaciones Sexuales						$\chi^2 (p)^*$
	Si		No		Total		
	n	%	n	%	n	%	
Estado civil de los padres							5,038 (0,169)
Madre Soltera	20	51,3	19	48,7	39	100,0	
Casados o Unión de afecto	69	46,9	78	53,1	147	100,0	
Separados o divorciados	25	67,6	12	32,4	37	100,0	
Viudez de alguno	4	50,0	4	50,0	8	100,0	
Nivel de instrucción paterna							0,658 (0,720)
Analfabeto	0	0	0	0	0	0	
Primaria	82	50,9	79	49,1	161	100,0	
Secundaria	28	49,1	29	50,9	57	100,0	
Superior	8	61,5	5	38,5	13	100,0	
Nivel de instrucción materna							11,123 (0,011)
Analfabeto	3	27,3	8	72,7	11	100,0	
Primaria	87	50,6	85	49,4	172	100,0	
Secundaria	28	65,1	15	34,9	43	100,0	
Superior	0	0	5	100,0	5	100,0	
Situación laboral de los padres							5,422 (0,143)
Ambos trabajan	57	52,8	51	47,2	108	100,0	
Madre trabaja	14	60,9	9	39,1	23	100,0	
Padre trabaja	40	44,0	51	56,0	91	100,0	
Ninguno trabaja	7	77,8	2	22,2	9	100,0	
Ocupación del padre							11,998 (0,035)
Profesional	18	58,1	13	41,9	31	100,0	
Agricultor	19	47,5	21	52,5	40	100,0	
Artesano	14	37,8	23	62,2	37	100,0	
QQDD	28	70,0	12	30,0	40	100,0	
Estudiante	2	100,0	0	0	2	100,0	
Otros	37	45,7	44	54,3	81	100,0	
Ocupación de la madre							21,696 (<0,001)
Profesional	6	100,0	0	0	6	100,0	
Agricultor	28	60,9	18	39,1	46	100,0	
Artesano	16	45,7	19	54,3	35	100,0	
QQDD	40	38,1	65	61,9	105	100,0	
Estudiante	0	0	0	0	0	0	
Otros	28	71,8	11	28,2	39	100,0	
Migración de los padres							4,043 (0,044)
No	72	46,5	83	53,5	155	100,0	
Si	46	60,5	30	39,5	76	100,0	

Fuente: Base de datos

Elaboración: Dr. Andrés F. Sagnay N.



Interpretación: En relación al comportamiento del inicio de las relaciones sexuales según las variables sociodemográficas de los padres, se observó una asociación estadísticamente significativa con el nivel de instrucción materna, ocupación del padre, ocupación de la madre y migración de los padres, **Tabla 17**.

Tabla N° 18
Asociación entre el inicio de relaciones sexuales y el medio de información de la sexualidad en los adolescentes en etapa temprana de la parroquia Checa, Cuenca 2015.

		Inicio de relaciones Sexuales				Total		$\chi^2 (p)^*$
		Si		No				
		N	%	n	%	n	%	
Medio de información Sexualidad								
	Padres	21	41,2	30	58,8	51	100,0	
	Personal de salud	19	33,9	37	66,1	56	100,0	
	Medios de comunicación	27	57,4	20	42,6	47	100,0	
	Amigos	27	64,3	15	35,7	42	100,0	
	Profesores	24	68,6	11	31,4	35	100,0	
	Total	118	51,1	113	48,9	231	100,0	

Fuente: Base de datos
Elaboración: Dr. Andrés F. Sagnay N.

Interpretación: Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el medio de información de sexualidad y el inicio de relaciones sexuales (valor de chi cuadrado=15,573 y valor de $p=0,002$), donde se aprecia que los adolescentes que fueron informados por sus padres o personal de salud tuvieron frecuencias más bajas de relaciones sexuales, mientras que, aquellos que refirieron a los profesores, tuvieron la mayor frecuencia de inicio de relaciones sexuales (68,6%), **Tabla 18**.



Tabla N° 19
Asociación entre el inicio de relaciones sexuales y la edad de la menarquia en las adolescentes en etapa temprana de la parroquia Checa, Cuenca 2015.

	Inicio de relaciones Sexuales						$\chi^2 (p)^*$
	Si		No		Total		
	N	%	n	%	n	%	
Edad de la menarquia							
Menos de 13 años	28	45,9	33	54,1	61	100,0	1,697 (0,193)
13 años o más	15	33,3	30	66,7	45	100,0	
Total	43	40,6	63	59,4	106	100,0	

Fuente: Base de datos

Elaboración: Dr. Andrés F. Sagnay N.

Interpretación: No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la edad de la menarquia y el inicio de relaciones sexuales (valor de chi cuadrado=1,697 y valor de $p=0,193$), **Tabla 19**.

Tabla N° 20
Asociación entre el inicio de relaciones sexuales y la edad en la que tuvo enamorado en los adolescentes en etapa temprana de la parroquia Checa, Cuenca 2015.

					Inicio de relaciones Sexuales				$\chi^2 (p)^*$		
					Si		No			Total	
					N	%	n	%		n	%
Edad a la que tuvo enamorado(a)											
12 años					36	69,2	16	30,8	52	100,0	2,276 (0,320)
13 años					38	56,7	29	43,3	67	100,0	
14 años					44	57,9	32	42,1	76	100,0	
Total					118	60,5	77	39,5	195	100,0	

Fuente: Base de datos

Elaboración: Dr. Andrés F. Sagnay N.

Interpretación: No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la edad a la que se tuvo enamorado y el inicio de relaciones sexuales (valor de chi cuadrado=0,236 y valor de $p=0,627$), **Tabla 20**.



Tabla N° 21
Asociación entre el inicio de relaciones sexuales y repetición de grados y consumo de alcohol en los adolescentes en etapa temprana de la parroquia Checa, Cuenca 2015.

			Inicio de relaciones Sexuales				χ^2 (p)*			
			Si		No				Total	
			n	%	n	%			n	%
Repetidor de grados escolares								5,269 (0,022)		
	No		108	49,3	111	50,7	219		100,0	
	Si		10	83,3	2	16,7	12		100,0	
Consumo de alcohol								2,503 (0,114)		
	No		73	47,4	81	52,6	154		100,0	
	Si		45	58,4	32	41,6	77		100,0	
Total			118	51,1	113	48,9	231	100,0		

Fuente: Base de datos

Elaboración: Dr. Andrés F. Sagnay N.

Interpretación: Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre los repetidores de grados escolares y el inicio de relaciones sexuales (valor de chi cuadrado=5,269 y valor de p=0,022), evidenciándose que aquellos que son repetidores tienen una frecuencia más alta de relaciones sexuales (83,3%) que aquellos que no lo son (49,3%); por su parte el consumo de alcohol no tuvo asociación significativa, **Tabla 21**.



Tabla N° 22
Asociación entre el inicio de relaciones sexuales y quien debería enseñarle educación sexual en los adolescentes en etapa temprana de la parroquia Checa, Cuenca 2015.

			Inicio de relaciones Sexuales				$\chi^2 (p)^*$		
			Si		No			Total	
			N	%	n	%			n
Quien debería enseñarle Educación sexual									
Padres			53	50,0	53	50,0	106	100,0	19,609 (0,003)
Profesores			28	65,1	15	34,9	43	100,0	
Amigos			3	50,0	3	50,0	6	100,0	
Novio/a			7	77,8	2	22,2	9	100,0	
Medios de comunicación			6	75,0	2	25,0	8	100,0	
Equipo de salud			21	42,9	28	57,1	49	100,0	
Nadie			0	0	10	100,0	10	100,0	
Total			118	51,1	113	48,9	231	100,0	

Fuente: Base de datos

Elaboración: Dr. Andrés F. Sagnay N.

Interpretación: Se aprecia una asociación estadísticamente significativa entre quien debería enseñarle educación sexual a los adolescentes y el inicio de relaciones sexuales (chi cuadrado=19,609 y valor de $p=0,003$), mostrándose menores frecuencias de relaciones sexuales en los adolescentes que mencionaron a los padres o al equipo de salud, **Tabla 22**.

Tabla N° 23



Asociación entre el inicio de relaciones sexuales y quien le enseña educación sexual en los adolescentes en etapa temprana de la parroquia

**Checa,
Cuenca 2015.**

	Inicio de relaciones Sexuales						$\chi^2 (p)^*$
	Si		No		Total		
	n	%	n	%	n	%	
Quien le enseña Educación sexual							18,228 (0,006)
Padres	28	45,9	33	54,1	61	100,0	
Personal de salud	18	32,7	37	67,3	55	100,0	
Medios de comunicación	25	58,1	18	41,9	43	100,0	
Amigos	17	63,0	10	37,0	27	100,0	
Profesores	21	60,0	14	40,0	35	100,0	
Hermanos	6	100,0	0	0	6	100,0	
Novio/a	3	75,0	1	25,0	4	100,0	
Total	118	51,1	113	48,9	231	100,0	

Fuente: Base de datos

Elaboración: Dr. Andrés F. Sagnay N.

Interpretación: De manera similar se presentó una asociación estadísticamente significativa entre quien le enseña educación sexual a los adolescentes y el inicio de relaciones sexuales (chi cuadrado=18,228 y valor de $p=0,006$), mostrándose menores frecuencias de relaciones sexuales en los adolescentes que fueron enseñados por sus padres o el equipo de salud, **Tabla 23**.

Tabla N° 24



Asociación entre el inicio de relaciones sexuales con la estructura y funcionalidad familiar en los adolescentes en etapa temprana de la parroquia Checa, Cuenca 2015.

	Inicio de relaciones Sexuales						$\chi^2 (p)^*$
	Si		No		Total		
	n	%	n	%	n	%	
Estructura familiar	64	48,9	67	51,1	131	100,0	6,280 (0,099)
Familia Nuclear	40	51,9	37	48,1	77	100,0	
Incompleta	14	70,0	6	30,0	20	100,0	
Reconstituida	0	0	3	100,0	3	100,0	
Otra							
Funcionalidad familiar	53	38,4	85	61,6	138	100,0	23,654 ($<0,001$)
Buena Función	54	67,5	26	32,5	80	100,0	
Disfunción Moderada	11	84,6	2	15,4	13	100,0	
Disfunción severa							
Total	118	51,1	113	48,9	231	100,0	

Fuente: Base de datos

Elaboración: Dr. Andrés F. Sagnay N.

Interpretación: A pesar de no encontrarse una asociación estadísticamente significativa entre la estructura familiar y el inicio de relaciones sexuales (χ^2 cuadrado=6,280 y valor de $p=0,099$), se presentó una asociación significativa con el funcionalismo familiar (valor de χ^2 cuadrado de 23,654 y valor de $p<0,001$) observándose como la buena función familiar tuvo la menor frecuencia de inicio de relaciones sexuales con un 38,4% ($n=53$), aumentando a 67,5% en la disfunción moderada, hasta un 84,6% ($n=11$) en la disfunción severa, **Tabla 24**.

Tabla N° 25



**Factores de riesgo para el inicio de relaciones sexuales en los
adolescentes en etapa temprana de la parroquia Checa, Cuenca 2015**

	Inicio de relaciones sexuales				OR (IC _{95%})	p
	Si		No			
	n	%	n	%		
Sexo						
Masculino	77	33,3	50	21,6	2,366 (1,39 – 4,02)	0,001
Femenino	41	17,7	63	27,3		
Edad						
12-13 años	74	32,0	67	29,0	1,155 (0,68 – 1,96)	0,594
14 años	44	19,0	46	19,9		
Religión						0,704
Católica	107	50,5	105	49,5	0,74 (0,28 - 1,91)	
Otra religión	11	57,9	8	42,1		
Nivel de instrucción paterna						0,999
Analfabeta/Primaria	82	50,9	79	49,1	0,98 (0,55 - 1,71)	
Secundaria/Superior	36	51,4	34	48,6		
Nivel de instrucción materna						0,334
Analfabeta/Primaria	90	49,2	93	50,8	0,69 (0,36 - 1,31)	
Secundaria/Superior	28	58,3	20	41,7		
Ocupación paterna						0,014
Quehaceres del hogar	28	70,0	12	30,0	2,61 (1,25 - 5,45)	
Otra ocupación	90	47,1	101	52,9		
Ocupación materna						0,001
Quehaceres del hogar	40	38,1	65	61,9	0,37 (0,22 - 0,64)	
Otra ocupación	78	61,9	48	38,1		
Migración de los padres						0,061
Si	46	60,5	30	39,5	1,76 (1,01 - 3,08)	
No	72	46,5	83	53,5		
Medios de información sobre Sexualidad						<0,001
Padres/Personal de Salud	40	37,4	67	62,6	0,35 (0,20 - 0,60)	
Otro	78	62,9	46	37,1		
Repetidor de grados escolares						0,046
Si	10	83,3	2	16,7	5,13 (1,10 - 23,99)	
No	108	49,3	111	50,7		
Quien debería darle educación sexual						0,190
Padres/Personal de salud	74	47,7	81	52,3	0,21 (0,02 - 1,68)	
Otros	44	57,9	32	42,1		
Quien ha enseñado educación sexual						0,001
Padres/Personal de salud	46	39,7	70	60,3	0,66 (0,38 - 1,15)	
Otros	72	62,6	43	37,4		
Tipo de estructura familiar						0,521
Familia Nuclear	64	48,9	67	51,1	0,81 (0,48 - 1,37)	
Otro tipo	54	54,0	46	46,0		
Funcionalismo familiar						<0,001
Buena función	53	38,4	85	61,6	0,26 (0,15 - 0,47)	
Disfunción familiar	65	69,9	28	30,1		

Fuente: Base de datos

Elaboración: Dr. Andrés F. Sagnay N.

Interpretación: Al evaluar los factores de riesgo para el inicio de relaciones sexuales se encontró que: el sexo masculino, la ocupación paterna de



quehaceres del hogar y la repetición de grados escolares actuaron como factores que producen un riesgo significativo para el inicio de relaciones sexuales en edades tempranas; por otra parte, la ocupación materna de quehaceres del hogar, la enseñanza de educación sexual por los padres o personal de salud y la buena función familiar se comportaron como variables protectoras para el inicio de relaciones sexuales en los adolescentes estudiados, **Tabla 25**.



Análisis Cualitativo sobre las percepciones de los adolescentes en etapa temprana de la parroquia Checa acerca de la sexualidad e inicio de las relaciones sexuales.

Conocer las percepciones de los adolescentes en relación al inicio de su vida sexual.

Como lo manifiesta Calero y cols., la percepción es “el proceso en el cual se registra todo lo que está a nuestro alrededor o en interacción con nosotros, en forma tal que significa algo. Está involucra en su contenido, los valores, las tradiciones, los estereotipos, las vivencias y los conocimientos, que tienen los individuos sobre determinados aspectos o fenómenos de la vida”. (27)

La familia es responsable del cuidado de los hijos, sin embargo, factores como la migración y la falta de educación puede influir para que la percepción de los jóvenes sobre sus necesidades de ser escuchados y de recibir un consejo no siempre sea tomada en cuenta. De hecho, a los jóvenes les preocupa que sus padres hayan vivido experiencias similares y manifiestan temor de que pueda también pasarles a ellos. Por ejemplo, que la madre haya sido madre adolescente o que algún familiar haya pasado por algo similar. *“...en mi familia, mi mama, quedo embarazada de mi a los 15 años, y tengo algunas primas, que también, ya están embarazadas y, que son menores a mí; tengo una prima, que ya tiene un hijo, a los trece años...”* *“sí, imagínese, mis tíos, fueron padres a los 16 años”*. De igual manera, reconocen en las madres una actitud sumisa, dependiente del marido, que soporta muchas clases de maltrato, valoran el amor que reciben de ellas, pero no comparten ese comportamiento. *“...por eso no me gustaría ser como mi madre”*.

Para los adolescentes, los padres están llenos de temores de que les pueda pasar algo. No manifiestan que tengan la confianza en ellos, y sus consejos están basados muchas veces en las experiencias vividas por ellos. Para los padres, los amigos pueden ser la razón por la que pueden meterse en problemas, iniciar una vida sexual o quedarse embarazadas. *“...si le contara, lo que piensa de mis amigos. Eso no me gusta a mí que piense así”* *“mi mama. Nos*



*habla mucho, de que tenemos que estudiar y que los hombres no son buenos”
“ella a veces se preocupa mucho más por mí, porque dice, que me van a molestar
los chicos y, cree que voy a caer en sus redes y terminar embarazada” “me
aconseja, que debo esperara y llegar al colegio y universidad sin tener novio;
peor aún, tener sexo, con un chico, para que no se trunque mis sueños”.*

Con un rol predominante, son las madres las que aconsejan a sus hijas y en el caso de los hombres, son los padres, o algún familiar cercano varón el que aconseja a los hijos. Lo cual genera diferentes tipos de estereotipos en la percepción de los jóvenes relacionados con el rol de mujer u hombre. De manera general, está presente la idea de que la mujer es para tener sexo y para la casa, para las actividades diarias del hogar. “...la gran mayoría, piensan que la mujer es solo para tener sexo y para cocinar, aunque, algunos dicen, que los hombres son buenos”.

De hecho, se determinó en este grupo de adolescentes que la comunicación es diferente entre los padres y los hijos, según determinados factores que dependen del carácter de los padres, la disponibilidad de tiempo, la cercanía, la preocupación que tienen.

Como lo reconocen los adolescentes entrevistados, existen programas de educación que se implementan en los colegios, sin embargo, la forma en que se aplican no es la mejor, porque no se adaptan a sus formas de pensar y de vivir, a sus expectativas y curiosidades. Afirman que son capacitaciones que se repiten cada año, con lenguajes difíciles de comprender y muy alejados de su nivel de conocimientos por el tipo de palabras que utilizan. También refieren, que quienes dan la capacitación no están preparados para hablar de sexualidad, que se avergüenzan, no son directos en sus comentarios y en sus consejos. “...la doctora, que nos viene a dar las charlas, se achola y se pone roja y, todos nos reímos, y nos dan siempre los mismos temas, todos los años, ya que es aburrido que nos vengán a dar, y dicen que es malo el tener sexo, por lo que a uno le da más curiosidad por tener sexo, ya que pienso que no nos hablan claro las cosas”



“Y, creo, es que todo nos hacen ver malo, y que es sucio y, pues, uno, no puede ganarle a las ganas, y nos da ganas de besar acariciar y tocar a las chicas”

La estructura familiar está relacionada con la adquisición de valores y los proyectos de vida que tienen los adolescentes. Por lo tanto, si en un hogar falta uno de los padres, o si se divorciaron, se volvieron a casar o viven en unión libre, la percepción que tienen los adolescentes está influenciada por el grado de armonía que existe en el hogar *“... ellos tienen unión no más, no son casados, y a veces pelean mucho, por eso” “mis padres son separados y yo vivo con mis tíos”*

Opinan que sus expectativas a futuro es básicamente terminar sus estudios, no solo a nivel del colegio, si no también alcanzar algún título. En el caso de las mujeres, además opinan que deben llegar vírgenes al matrimonio según los consejos de sus madres *“esperan mucho de mí, pienso yo, dicen que debo llegar virgen al matrimonio y que debo estudiar y llegar a ser profesional...”*

En otro sentido, la percepción que tienen los adolescentes sobre el inicio y el momento para tener relaciones sexuales está determinado por aspectos como el amor, los sentimientos y el respeto. Por lo tanto, creen que no están preparadas para iniciar una vida sexual.

“...pienso, que el sexo no es importante en una relación, ya que hay más cosas, como que le respeten a uno, como persona y como mujer” “...y pienso, que ese momento, debe ser especial, único y, además, debe ser en un lugar que no sea al apuro, ni nada de eso y con mucho amor y cariño. Y, sobre todo, con respeto. Por eso, aún no estoy preparada para tener relaciones sexuales”.

De igual manera, expresan que algunas de las razones para tener relaciones sexuales son la curiosidad y el deseo de vivir una experiencia, manifestada muchas veces como bonita por otras amigas. *“... si, a veces hablamos de eso, es que hay unas que ya se han acostado con sus novios, entonces, nos entra la curiosidad, de ver si duele, si es bonito o feo y, de cómo, se siente y sangras o*



no....”

Sin embargo, para los hombres, el tener relaciones sexuales es un estatus de macho, porque deben ganar experiencia, mientras más relaciones tengan, mejor, será mayor la experiencia. Para ellos, lo importante para tener relaciones sexuales con una mujer es la parte física y, que tenga “buen cuerpo” y sea muy cariñosa. Lo cual está en duda al momento de tener una relación más estable, donde si es importante la fidelidad de la mujer. En el supuesto caso de que se quede embarazada, la opción sería el aborto. *“...es la única solución, para que no se trunquen los sueños de uno ya que un hijo en estos tiempos es complicado y uno se friega la vida” “...si he tenido novia, por máximo dos meses ya que es mucho si pasa de eso, se enamora uno y eso no quiero” “...esta buena, es decir, tiene buenas piernas y buen busto, y eso me agrada, y más que todo, es cariñosa y pues besa muy bien el resto no le cuento”*

“Que sea tranquila, que no me engañe, que sepa cocinar lavar y planchar; como mi tío me dice, toda una mujer de su casa y, que sea tranquila, que no me vea la cara ni me haga daño, que eso si es feo y duele mucho”.

Uno de los mayores temores que tienen, es ser padre adolescente, por sentir que no están preparados para asumir esta responsabilidad y por qué les impediría ir al colegio y a la universidad.

Se puede manifestar que mientras para los chicos es importante la parte física y el deseo para las chicas es importante el amor y los sentimientos, además del respeto. Las diferencias entre las percepciones de los y las adolescentes están muy arraigadas en la forma que sus padres los educaron.

Existe, una clara opinión relacionada por la curiosidad que despierta esta etapa de sus vidas por el sexo opuesto, lo cual les lleva a tomar decisiones muchas veces riesgosas, que por falta de experiencia o información, no siempre son saludables ; reconociendo que a pesar del temor que tienen, muchas veces mantienen relaciones sexuales por miedo a ser abandonadas por el enamorado o por demostrarles el amor que tienen a su pareja.



Como lo afirma Alvaré y cols., la mayoría de varones asume conductas sexuales de riesgo por la percepción que tienen de la masculinidad. (28) Por ejemplo, el usar condón es responsabilidad de la mujer, además de los cambios en la sensación durante la relación sexual y, la solución práctica al embarazo no deseado es el embarazo según lo expresan. Para la mayoría la paternidad no es una opción, expresan que son muy jóvenes y que es el momento de disfrutar y vivir.

La percepción que tienen los adolescentes sobre la sexualidad constituye una herramienta valiosa para mejorar los programas de sexualidad, mejorar la comunicación y la información que se transmite a los jóvenes; sobre todo basados en la realidad de la familia la cual es un factor sustancial en el desarrollo y la adquisición de conductas, conocimientos, valores y prácticas que muchas veces duraran hasta la edad adulta.

La percepción que tienen los adolescentes sobre su sexualidad debe ser tomada en cuenta como herramienta para promover nuevos aprendizajes y manejar las situaciones de conflicto que son vividas por ellos y sus familias. La adolescencia es por tanto una etapa que demanda una orientación e intervención educativa específica, no solo de la familia, si no de las sociedades en general. (29)

De acuerdo al estudio de González y cols., resulta más importante la percepción de función familiar que la estructura como factor de riesgo en la sexualidad de los jóvenes. (30)

La sociedad en general ha implementado a lo largo de los años, patrones y modelos estereotipados, con un fuerte componente de machismo, de la cual la familia es la principal fomentadora de este tipo de prácticas, que contribuye a incrementar la brecha entre hombres y mujeres en los roles de la sexualidad, con las correspondientes diferencias de género respecto a la función social de la sexualidad y la reproducción.

Debido a la ausencia del padre o madre por la migración, o en otros casos por hogares reconstituidos, la capacidad de diálogo en las familias, relacionadas con



el tema de la sexualidad, no es la mejor. Generalmente es la madre la que aconseja a las hijas, sin embargo, la calidad de la información que es transmitida esta basada en prejuicios religiosos y tabus, sobre todo, se enfatiza en que las mujeres no deben tener relaciones sexuales por que es “malo”. Para los hombres, sucede lo contrario, en este caso particular es el tío quien incentiva al adolescente a tener relaciones sexuales. *“mi tío me dice que ya es hora que me haga hombre que, si no, él me lleva a esas chicas y el mismo me paga; y, que un hombre, bien puesto, es el que tiene sexo con muchas chicas y no ama a nadie, así me dice, siempre, él, no sé si será bueno eso”*.

Se han determinado hechos relacionados con la sexualidad de los adolescentes que evidencian que aún falta mucho por hacer para mejorar la salud sexual de los adolescentes. Quizas, una de las razones se debe a que los programas de educación son elaborados por las instituciones de salud o educación sin tomar en cuenta la pertinencia y la realidad de los jóvenes. Como lo manifiestan los adolescentes se transmite información compleja y técnica, además de ser aburridos y poco útiles. Que no toma en consideración las realidades de los jóvenes, lo cual influye directamente en sus comportamientos sexuales.

Por estos resultados y por las opiniones de los jóvenes que participaron en este estudio, se puede decir que la familia influye en el inicio o no de las relaciones sexuales, considerando que son la primera fuente a la que la mayoría desea acudir para obtener información, sin embargo, por los prejuicios y problemas de comunicación entre padres e hijos acuden a otras fuentes, principalmente los amigos.

Todo esto nos indica que, aún hay mucho que hacer para mejorar la salud sexual y reproductiva de los jóvenes.



CAPÍTULO VI

6.0 DISCUSIÓN

La sexualidad y la adolescencia son dos conceptos que actualmente ocasionan inquietud en nuestra sociedad y ámbito médico por los riesgos que conllevan entre los que se encuentran, el embarazo no planificado, enfermedades de transmisión sexual, además de las críticas morales. La adolescencia es un período importante en el proceso de constitución de modelos socio-culturales. Es la etapa más conflictiva dentro de la relación entre padres e hijos. Los adolescentes deben tomar decisiones respecto a sus actividades sexuales, que van desde la abstinencia total, hasta la máxima promiscuidad (31). Esta fase del desarrollo del joven depende en gran medida de las normas que rigen su sociedad, entorno familiar y amistades (32).

La actividad sexual temprana representa un serio problema de salud pública debido a todas las consecuencias que esto genera, entre las que se encuentran principalmente el embarazo precoz y las enfermedades de transmisión sexual, con respecto a la primera, el impacto del embarazo en la adolescencia es en gran medida psicosocial y se traduce en la deserción escolar, mayor número de hijos, desempleo, fracaso en la relación de pareja e ingresos inferiores de por vida, lo cual contribuye a aumentar el riesgo para la perpetuación de un nivel socioeconómico bajo y la pobreza extrema. Es así como el embarazo en la adolescencia representa un serio problema social (33), y desde el punto de vista tanto médico como social se considera una conducta de riesgo (34). Países como Chile reportaron en el 2005, 230.831 nacidos vivos, 935 (0,41%) correspondieron a embarazos de adolescentes de 10-14 años y 35.143 (15,2%) a adolescentes de 15-19 años, cinco de estas últimas fallecieron como consecuencia del proceso reproductivo de riesgo que ello acarrea (35).



La transición a la actividad sexual es un acontecimiento importante en la etapa de la vida de los adolescentes, sin embargo los jóvenes en la adolescencia temprana todavía no cuentan con el desarrollo físico, mental y emocional necesario para tomar decisiones sensatas en cuanto a la actividad sexual (36). Se ha determinado que un 5,6% de los jóvenes en los Estados Unidos ha iniciado las relaciones sexuales antes de los 13 años. Los adolescentes que tienen sexo antes de los 13 años tienen una mayor probabilidad de comportamientos sexuales de riesgo y a condiciones adversas de salud como las infecciones de transmisión sexual (37,38). Además de las consecuencias del carácter sexual de riesgo, las relaciones sexuales tempranas se han asociado también a otras conductas no saludables, incluyendo el consumo de alcohol, delincuencia y violencia (39).

Al evaluar según los grados la actividad sexual se pudo identificar que el mayor porcentaje de los individuos se encontraba en el grado IV donde incluye la penetración (51,1%), similar a los grados estudiados por Navarro y colaboradores (40), en donde se estudiaron a 505 adolescentes de ambos sexos, estimando cinco grados, a modo de comparación con el presente estudio, el grado I de éste era donde se encontraban los individuos que solo recibían caricias mientras que en el estudio de Navarro esta categoría correspondía a los no iniciados en la actividad sexual. Quienes concluyeron que el mayor porcentaje se observó en el grado IV refiriendo haber tenido una relación íntima sin penetración y el 18% reportó penetración siendo mucho menor que lo observado en nuestro análisis (40).

Por otro lado, en este estudio el 62,3% de la población reportó que la edad ideal para comenzar las relaciones sexuales es de 18 a los 21 años, el 22,1% mayor de 21 años y el 15,6% menciona que la edad ideal es menor de 18 años. González y colaboradores expusieron que el 46,5% de los adolescentes menciona que la edad ideal de inicio en la actividad sexual es mayor de 20 años seguida por el 28,7% de los 15 a los 20 años, el 8,2% de los 10 a los 15 años y el 16,4% refiere que la edad no es importante (41). Por lo cual dependiendo de la población en estudio se pueden dar variaciones en el concepto del adecuado inicio de relaciones sexuales, lo cual puede tener íntima relación con las



condiciones sociales, culturales y familiares que se presenten en una región determinada.

En el presente análisis se reportó una frecuencia de inicio de las relaciones sexuales del 51,1%. En Colombia Holguín y cols., analizaron 947 estudiantes de 14 a 19 años y encontraron una prevalencia de actividad sexual del 52,8% (42), lo cual concuerda con los hallazgos encontrados. Asimismo Suarez y colaboradores estudiaron 646 estudiantes adolescentes de un colegio de Bucaramanga-Colombia y reportaron una frecuencia de inicio de relaciones sexuales del 18,9% (43). Las diferencias de prevalencia pueden estar condicionadas por diversos componentes tanto personales como sociales referentes al individuo. La edad de inicio de actividades sexuales en adolescentes varía de una cultura a otra, lo cual sugiere que ésta guarda una relación importante con factores ambientales y socioculturales (44). En diferentes estudios realizados en Estados Unidos se ha informado de manera específica las diferencias estadísticas entre el inicio de las relaciones sexuales entre afroamericanos, caucásicos e hispanos (45,46).

El sexo masculino representó un factor de riesgo para el inicio de relaciones sexuales tempranas, así como lo exponen González y colaboradores en un estudio realizado a jóvenes de ambos sexos con edades entre 12 y 19 años, en el cual determinaron que el ser hombre aumentó el riesgo de inicio sexual en 3,35 veces (47). Al contrario de lo observado en un análisis realizado por Gamarra y colaboradores en Perú quienes estudiaron a 90 adolescentes de 13 a 17 años, reportando que el promedio de edad para la primera relación sexual para las mujeres fue de 14,79 años y para los hombres de 14,37 años, sin observar diferencias estadísticamente significativas (48). Estos resultados demuestran que el inicio de las relaciones sexuales es mayor a los 14 años, sin embargo en nuestro estudio se observó un alto porcentaje de estudiantes que iniciaron su actividad sexual a los 12 años y a los 13 años.

No se encontró asociación estadísticamente significativa entre la edad y el inicio de la actividad sexual, en contraste de lo observado por Cutie y colaboradores en una investigación llevada a cabo en 612 jóvenes de ambos sexos en la



Habana Cuba, que reportó que el 46,9% del sexo femenino tuvo su primera relación sexual antes de los 15 años mientras que el 27,8% las inició entre los 15-17 años y 25,3% luego de los 17 años. En cuanto al sexo masculino el 26,9% comenzó sus relaciones sexuales antes de los 15 años, el 51,5% entre los 15-17 años y 21,5% luego de los 17 años (49), es decir la edad no mostró un comportamiento definitorio para el inicio de las relaciones sexuales. Por otro lado, un estudio hecho por Torrico y colaboradores mostró que el mayor porcentaje de las mujeres estudiadas reportaron haber iniciado su actividad sexual en la adolescencia tardía (53,4%) (50), similar a lo evidenciado en nuestro análisis.

Al estudiar las razones referidas para el inicio de las relaciones sexuales el principal motivo fue el amor y la excitación, lo cual fue similar a lo encontrado por González y colaboradores en un análisis realizado en Chile compuesto por 4971 adolescentes de ambos sexos, en donde se refirió que el 41% tuvo como motivo de su primera relación sexual el amor y el 28,2% fue el deseo (51). Por su parte, Santana y colaboradores demuestran que en la ciudad de la Habana-Cuba en un estudio realizado con 1675 adolescentes que la frase “deseos de probar” fue referido por el 72,9% de los varones, en contraste con sólo un 27,1% en el caso de las adolescentes del sexo femenino; otra de las motivaciones referidas por la mayoría de los varones (74,2%) fue el considerar que “tenían edad para hacerlas”, lo cual sólo fue planteado por el 25,8 % de las jóvenes mujeres. Sin embargo el “estar enamorada” fue expresado por más de la mitad de las adolescentes femeninas (58,0%) y por el 42,0 % de los varones (52). Asimismo el 0,8% reportó abuso sexual, cifras menores que las evidenciadas por González y colaboradores donde la prevalencia de abuso fue de 9,1% en los jóvenes iniciados en la relación sexual y de 15,7% de las mujeres, este hecho representó un factor de riesgo para relaciones sexuales en el sexo femenino por parte de dicho estudio (47).

El uso de anticonceptivos fue de 53,4% de los cuales el mayor porcentaje era el empleo de preservativos con 84,2% seguido por los anticonceptivos orales, en contraste a lo evidenciado por García y colaboradores, que solo el 21,3% lo usaba siempre, el 49,1% reportó usarlo a veces y el 29,5% nunca. En nuestro



análisis se comprobó que el 36,5% lo usaba casi siempre, seguido por el 25,4% algunas de las veces, cifras similares para el casi nunca (53).

En cuanto a la religión, el ser ateo o pertenecer a otra religión diferente a la católica representa un factor de riesgo para el inicio temprano de la actividad sexual, asimismo el hecho de pertenecer al catolicismo constituye un factor protector; similar a lo que expone Lameiras-Fernández en un trabajo realizado en España que incluyó 1343 jóvenes reportando que el nivel de religiosidad se relaciona inversamente con la actividad sexual en los chicos (Chi-cuadrado=7,26, $p<0,001$) y las chicas (chi-cuadrado= 27,4, $p<0,05$) (54).

Al evaluar el nivel de instrucción de la madre se observó que existe asociación entre esta y el inicio de la actividad sexual, del total de los adolescentes activos sexuales ninguno era hijo de una madre con educación superior; estaban distribuidos entre aquellas que cumplieron la secundaria (65,1%), primaria (50,6%) y aquellas que refirieron ser analfabetas (27,3%). Así como lo observado por Sánchez y colaboradores en un estudio realizado en 453 adolescentes del sexo femenino, en el que se mostró que aquellas que referían estar embarazadas o haberlo estado previamente del total de sus madres el 50,3% había aprobado la primaria, 25,2% la secundaria, 12,6% estudios superiores y el 11,9% eran no escolarizadas, estos valores difieren de aquellas jóvenes sin antecedentes de embarazo cuyo mayor porcentaje se encontraba en las madres que finalizaron la secundaria (55). Esta asociación no se evidenció en un análisis reportado por Gamarra y colaboradores (48). No obstante, con respecto a la ocupación del padre se observó que el hecho de que el padre permanezca en casa se asoció con riesgo para inicio de relaciones sexuales, mientras que el hecho de la permanencia en casa de la madre fue un factor protector. En contraste con estos hallazgos Murray y colaboradores estudiaron a 4248 adolescentes de ambos sexos y no evidenciaron diferencias significativas con respecto a la ocupación materna (56). Por lo tanto, se deben realizar nuevos estudios para determinar porque se reportó el presente comportamiento y cuál es la razón intrínseca de ella.



La información con respecto a las relaciones sexuales orientadas por los padres y el personal de salud se comportó como un factor protector para el inicio temprano de las relaciones sexuales, el hecho de no recibir la información proveniente de estos representa un factor de riesgo. Sánchez y colaboradores informaron que no recibir educación sexual por parte de personal docente, de salud u otro diferente a los padres aumenta 4 veces el riesgo de presentar relaciones sexuales y embarazo precoz, así como no haber recibido educación en planificación familiar por parte de éstos lo aumenta 5 veces (55). Asimismo, Rengifo y colaboradores en un estudio realizado en 406 adolescentes escolares de un municipio colombiano observó que dentro de las personas que influyen en el comportamiento sexual de los adolescentes se presentó: 67,9%, las personas de su núcleo familiar de primer grado (papá, mamá, hermanos), 11,90% sus amigos, 5,95% su núcleo familiar de segundo grado (abuelos, tíos, primos), 2,3% el personal de salud y el 11,9% afirman no ser influenciados por nadie, con diferencia significativa ($p=0,002$) (57).

En el momento de la toma de decisiones para llevar a cabo una relación sexual quienes ejercen mayor influencia, son su núcleo familiar primario, generado quizás por temor a las consecuencias que esto puede traer en su vida y entorno familiar, o por que los padres han logrado desarrollar mejores habilidades familiares que permiten proyectar en sus hijos toma de decisiones más asertivas y responsables. Diversas investigaciones (58), muestran que la sexualidad se construye a través de la interacción entre el individuo y las estructuras sociales (medios de comunicación, la televisión, la escuela, los pares y el hogar); en éste estudio se describió anteriormente que los jóvenes identifican a los padres como su principal influencia cuando toman decisiones relacionadas con el sexo (59).

La familia y el personal de salud juegan un papel primordial en la formación de la futura personalidad del adolescente, por ello las relaciones humanas familiares deben fluir en un ambiente de amor y confianza. Ella debe constituir la fuente principal de información sobre los aspectos de la vida sexual de los adolescentes, así como desempeñan un papel importante los sistemas de salud a partir de sus programas especializados.



Al evaluar la función familiar se evidenció que el mayor porcentaje (59,7%) es representado por una buena función, seguido por funcionalidad moderada con 34,6% y disfunción severa con 5,6%; estos resultados difieren de los observados por Castillo y colaboradores en un realizado sobre 100 estudiantes mexicanos con edades comprendidas entre 15 y 19 años, encontrándose que el 48% de las familias son moderadamente funcionales, el 29% disfuncionales, el 21% funcionales y 2% severamente disfuncionales (60).

Con respecto a la estructura familiar se observó que el 56,7% fue representado por la estructura nuclear seguida por la incompleta, reconstituidas y en menor proporción la familia extensa, estos resultados similares a los expuestos por Lavielle y colaboradores en un análisis que realizaron en 909 adolescentes, donde se evaluó la dinámica de la vida sexual, la estructura, la satisfacción y la familia, donde el 63,8% provenía de una familia nuclear mientras que el 21,7% de una familia monoparental y los adolescentes con familias extensas representaron el 14,2% (61).

De acuerdo al funcionalismo familiar en el presente estudio se demostró la relación existente entre la función familiar y el inicio de la actividad sexual, en la que se evidencia que el 69,9% de los adolescentes con una familia disfuncional refirieron haber comenzado su actividad sexual asimismo se expone que el pertenecer a una familia funcional es un factor protector para el comienzo de la actividad sexual así como lo reportan Lavielle y colaboradores quienes indican que fue mayor la proporción de los adolescentes con una comunicación familiar disfuncional que iniciaron su vida sexual (27,4%) comparada con la de los adolescentes con una comunicación intrafamiliar funcional (23,9%) (61). Asimismo, de los adolescentes que habían tenido relaciones sexuales, el 33,8 % provenía de una familia monoparental, 24,9 % de una familia nuclear y 19,6 %, de una familia extensa (61). A este respecto en nuestro estudio se evidenció que el 48,9% de aquellos sujetos con vida sexual activa pertenecía a una familia con estructura nuclear.

Por todo lo expuesto anteriormente se hace importante el estudio de los factores que determinan la sexualidad en los adolescentes, observando que la integridad



de la funcionalidad familiar juega un rol importante en el desarrollo de las conductas de los adolescentes, por lo que se debe evaluar de manera rutinaria el funcionalismo familiar y desarrollar programas que protejan y avalen el mantenimiento de valores y conductas adecuadas por parte de los integrantes de la familiar desde un punto de vista multidisciplinario, asimismo los esfuerzos por aumentar el nivel de escolaridad de la población no deben ser retrasados ya que este aspecto ejerce influencia sobre la expresión de la sexualidad de los adolescentes.

CAPÍTULO VII

7.1 Conclusiones

- La prevalencia del inicio de las relaciones sexuales fue del 51,1%% en los adolescentes estudiados.
- De acuerdo a los aspectos relacionados con la actividad sexual en los adolescentes se pudo observar que el método anticonceptivo más utilizado fue el condón con un 53,4% y la motivación principal fue el amor con 43,2%.
- Pertenecer al sexo masculino es un factor de riesgo para el inicio temprano de relaciones sexuales.
- La religión estuvo asociada con el inicio de relaciones sexuales, siendo los adolescentes ateos o de otra religión diferente a la católica los que presentaron mayor prevalencia de inicio de relaciones sexuales.



- A mayor nivel de instrucción de los padres se observó menor frecuencia de relaciones sexuales, asimismo la ocupación materna de oficios del hogar se comportó como protectora para la ocurrencia de inicio de relaciones sexuales.
- Recibir información referente a la actividad sexual a través de los padres o personal de salud es un factor protector para el inicio temprano de la actividad sexual.
- La prevalencia de la estructura familiar más frecuente fue la nuclear con 56,7%, asimismo la funcionalidad familiar más frecuente fue la buena función (59,7%), la cual se constituyó como un factor protector para el inicio de relaciones sexuales en los adolescentes de la parroquia Checa.
- Las percepciones que los adolescentes tienen de las relaciones sexuales son que deben ser enseñada de una manera diferente por los padres y profesionales de la salud, sin tabúes, y de manera clara. La comunicación es mejor con las madres que con los padres.
- Es de manera trascendental el cuidado de nuestros adolescentes por lo que enfoca de manera tanto cualitativa como cuantitativa este trabajo de titulación, así tomando en cuenta que no solamente la parte biológica influye en el contexto de problemas y dificultades en el inicio de las relaciones sexuales, existiendo un componente social en la educación sexual, se debe dar sin tabúes o miedos contando con un personal preparado en la adolescencia y sus cambios por etapas, además el apoyo familiar, el empleo de las herramientas (Ecomapa, Familiograma y apgar familiar) nos permitió una mejor evaluación de la situación del adolescente y su núcleo tornándose así un factor protector de convivir en un ambiente sano y con una familia nuclear y funcional, también la parte del individuo es importante en el adolescente con referente a sus problemas y desconocimientos de sus cambios en sus tres aspectos (físico, psíquico y espiritual).



1.2 Recomendaciones

- Se debe fomentar y mantener la educación sexual, que incluya la participación tanto de los padres, madres y representantes de las comunidades involucrando de manera prioritaria al personal de salud, para combatir todos aquellos mitos, tabúes y hechos no apropiados que rodean la actividad sexual en los jóvenes y fomentar la abstinencia y/o protección mediante los métodos anticonceptivos.
- Asimismo, es necesario que en la educación sexual intervengan de manera consensuada los adolescentes, docentes, familiares, personal de salud y líderes de la comunidad en lo que corresponde al diseño y práctica de los programas de educación sexual del Sistema Educativo y Salud ya que será un elemento importante para cerciorarse de que el programa aborda las necesidades de los/las adolescentes.



- Por otra parte, es favorable brindar talleres con discusión grupal para los padres/madres de familia, ya que estos tienen las mismas dudas y desconocimientos que los/las adolescentes. Es necesario instruir a los padres/madres en sexualidad con la premisa de que solo la realidad permite la orientación inteligente y así poder educar de manera más fehaciente a su descendencia.
- El Estado, organismos de salud, entes comunitarios deben apoyar y fortificar a las familias y comunidades, ya que es la familia el factor más importante para el desarrollo de los comportamientos de los adolescentes, con la intención de optimizar las circunstancias sociales, culturales y económicas de tal manera, que reduzcan los elementos de riesgo en los jóvenes como la violencia, el embarazo, abortos, enfermedades de transmisión sexual, que llevarían a conductas no saludables en los adolescentes.

8.0 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Schneider FW, Gruman JA, Coutts LM, editors. Applied Social Psychology: Understanding and Addressing Social and Practical Problems. 2 edition. Los Angeles: SAGE Publications, Inc; 2011. 504 p.
2. González E, Molina T, Montero A, Martínez V. Factores asociados al inicio sexual en adolescentes de ambos sexos de nivel socioeconómico medio-bajo de la Región Metropolitana. Rev Chil Obstet Ginecol. 2013;78(1):4–13.
3. Naciones Unidas, Departamento de Economía y de Asuntos Sociales. Las-tendencias-demograficas.pdf [Internet]. 2008 [cited 2016 Dec 16]. Available from: <https://www.unicef.org/spanish/sowc2011/pdfs/Las-tendencias-demograficas.pdf>
4. home – Instituto Nacional de Estadística y Censos [Internet]. [cited 2016 Dec 16]. Available from: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/institucional/home/>
5. Embarazos adolescentes.ai - embarazos_adolescentes1.pdf [Internet]. [cited 2016 Dec 16]. Available from: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Infografias/embarazos_adolescentes1.pdf



6. Prendes Labrada M de la C, Guibert Reyes W, González Gómez I, Serrano Borges E. Riesgo preconcepcional en la consulta de planificación familiar. *Rev Cuba Med Gen Integral*. 2001;17(4):360–366.
7. Klahr AM, McGue M, Iacono WG, Burt SA. The association between parent-child conflict and adolescent conduct problems over time: results from a longitudinal adoption study. *J Abnorm Psychol*. 2011 Feb;120(1):46–56.
8. Neto X, Guimarães FR, Dias M do S de A, Rocha J, Cunha ICKO. Gravidez na adolescência: motivos e percepções de adolescentes. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2007 [cited 2016 Dec 16]; Available from: <http://www.repositorio.unifesp.br/handle/11600/3784>
9. Rodríguez González A, Marlén Viñet Espinosa L, María Infante Esponda R, others. Factores predisponentes de embarazo en adolescentes de nuevo turismo. Venezuela. 2007-2008. *Rev Habanera Cienc Médicas*. 2013;12(2):249–256.
10. Núñez-Urquiza RM, Hernández-Prado B, García-Barrios C, González D, Walker D. Embarazo no deseado en adolescentes, y utilización de métodos anticonceptivos posparto. *Salud Pública México*. 2003;45:s92s–102.
11. Della Mora M. Uso de métodos anticonceptivos en relación con la información sexual en una muestra de adolescentes embarazadas. *Psicol Salud*. 2014;15(1):45–56.
12. Baeza B, Poo A, Vásquez O, Muñoz S. Comprendiendo factores asociados al embarazo precoz, desde la perspectiva de adolescentes nuligestas. *Rev Soc Chil Obstet Ginecol Infant Adolesc*. 2005;12(2):41–8.
13. Moyeda IXG, Vega LJ, Figueroa SP, Velasco AS. Actitudes de madres adolescentes y adultas y su relación con la personalidad de sus hijos. *Psicol Salud*. 2014;16(2):159–169.
14. Vega MFL, Solís MJC, Sandoval LDC. Cogniciones, conductas y consecuencias de las prácticas sexuales ocasionales en adolescentes de educación diversificada del Liceo de Moravia: país: Costa Rica. *Humanit Rev Investig*. 2014;11(11):77–98.
15. Faler CS, Câmara SG, Aerts DRG de C, Alves GG, Béria JU. Family psychosocial characteristics, tobacco, alcohol, and other drug use, and teenage pregnancy. *Cad Saude Publica*. 2013 Aug;29(8):1654–63.
16. Brahmbhatt H, Kågesten A, Emerson M, Decker MR, Olumide AO, Ojengbede O, et al. Prevalence and determinants of adolescent pregnancy in urban disadvantaged settings across five cities. *J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med*. 2014 Dec;55(6 Suppl):S48-57.
17. Stephenson R, Simon C, Finneran C. Community Factors Shaping Early Age at First Sex among Adolescents in Burkina Faso, Ghana, Malawi, and Uganda. *J Health Popul Nutr*. 2014 Jun;32(2):161–75.



18. Whitehill JM, Rivara FP, Moreno MA. Marijuana-Using Drivers, Alcohol-Using drivers and Their Passengers: Prevalence and Risk Factors Among Underage College Students. *JAMA Pediatr.* 2014 Jul 1;168(7):618–24.
19. Malta DC, Mascarenhas MDM, Porto DL, Barreto SM, Neto M, De OL, et al. Exposure to alcohol among adolescent students and associated factors. *Rev Saúde Pública.* 2014 Feb;48(1):52–62.
20. Damas HP, Sarmiento GA, Peña DIT. Comportamiento del riesgo reproductivo preconcepcional en Soibada. Manatuto. Timor–Leste. *Correo Científico Méd Holguín.* 2008;12(4):4.
21. Puente Moreno M. Prevención del embarazo en adolescentes. 2013 May [cited 2016 Dec 16]; Available from: <http://repositori.udl.cat/handle/10459.1/47009>
22. Soriano-Ayala E, González-Jiménez A-J, Soriano-Ferrer M. Educación para la salud sexual. Del enamoramiento al aborto: Un estudio cualitativo con adolescentes españoles e inmigrantes. *Perfiles Educ.* 2014;36(144):105–119.
23. Rea Chacha JB. MADRES ADOLESCENTES Y SU RELACIÓN CON EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO DE 0–2 AÑOS 6 MESES EN LOS PUESTOS DE SALUD DE ANDIGNATO Y LA FLORIDA DEL ÁREA DE SALUD N°7 DE LA DIRECCIÓN PROVINCIAL DE SALUD DE TUNGURAHUA EN EL PERÍODO 23 JUNIO AI 23 NOVIEMBRE DEL AÑO 2012. 2014 [cited 2016 Dec 16]; Available from: <http://repositorio.uta.edu.ec/handle/123456789/8361>
24. Godoy MIR. Psicología del Desarrollo. 2010 [cited 2016 Dec 16]; Available from: <http://courseware.url.edu.gt/Facultades/Facultad%20de%20Humanidades/Segundo%20Ciclo%202013/GES%20Psicolog%C3%ADa%20del%20Desarrollo%20PEM.pdf>
25. Valdivia M. Factores Psicológicos Asociados a la Maternidad Adolescente en Menores de 15 años. *Rev Psicol.* 2003;12(2):Pág–85.
26. Atienzo EE, Campero L, Lozada AL, Herrera C. Aspiraciones educativas y familiares como condicionantes en la prevención de embarazos tempranos en México. *Salud Pública México.* 2014 Jun;56(3):286–94.
27. Calero JL, Santana F. Percepciones de un grupo de adolescentes sobre iniciación sexual, embarazo y aborto. *Rev Cuba Salud Pública.* 2001;27(1):50–57.
28. Alvaré L, Pastrana DL, Victores MM, Torres B, Álvarez M del CL, Concepción IG. Percepción del adolescente varón frente a las conductas sexuales de riesgo. *Revi Espec Méd-Quirúrgicas.* 2011;16(3):133–8.



29. Silva IL. Adolescentes y percepción del sí mismo: la construcción de una imagen realista de la adolescencia desde la familia y la escuela. *Etic Net*. 2011;9(11):233–252.
30. González JC. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la sexualidad en una población adolescente escolar. *Rev Salud Pública*. 2009;11(1):14–26.
31. Pick S, Givaudán M, Saldívar A. La importancia de los factores psicosociales en la educación sexual de los adolescentes. *Perinatol Reprod Hum*. 1996;10(2):143–50.
32. García I, Avila E, Lorenzo A, Lara M. Conocimientos de los adolescentes sobre aspectos de la sexualidad. *Rev Cubana Pediatr*. 2002;74(4):1.
33. Távara L. Contribucion de las adolescentes a la muerte materna en el Perú. *Ginecol obstet*. 2004;50(2):111–22.
34. Lezcano S, Vallejos M, Soderó H. Caracterización del recién nacido en madres adolescentes. *Rev Posgrado VI Cátedra Med*. 2005;149:6–8.
35. Donoso S E. Embarazo adolescente: Un problema país. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2008;73(5):291–2.
36. Smith CA. Factors associated with early sexual activity among urban adolescents. *Soc Work*. 1997 Jul;42(4):334–46.
37. Magnusson BM, Masho SW, Lapane KL. Early Age at First Intercourse and Subsequent Gaps in Contraceptive Use. *J Womens Health*. 2012 Jan;21(1):73–9.
38. O'Donnell L, O'Donnell CR, Stueve A. Early sexual initiation and subsequent sex-related risks among urban minority youth: the reach for health study. *Fam Plann Perspect*. 2001 Dec;33(6):268–75.
39. Kaplan DL, Jones EJ, Olson EC, Yunzal-Butler CB. Early age of first sex and health risk in an urban adolescent population. *J Sch Health*. 2013 May;83(5):350–6.
40. Navarro-Pertusa E, Reig-Ferrer A, Heredia EB, Cascales RIF. Grupo de iguales e iniciación sexual adolescente: diferencias de género. *Int J Clin Health Psychol*. 2006;6(1):79–85.
41. Pascual-González Y, Avilán GTP, Vásquez SMP, Rovira JMA. Relaciones sexuales en adolescentes y fuentes de información para su educación sexual. *Acta Científica Estud*. 2010;8(3):72–7.
42. Holguín M YP, Mendoza T LA, Esquivel T CM, Sánchez M R, Daraviña B AF, Acuña P M. Factores asociados al inicio de la actividad sexual en adolescentes de Tuluá, Colombia. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2013;78(3):209–19.



43. Arias AC, Durán JLS, Moreno MM, Suárez MC, Hernández PAN. Factores asociados con el inicio temprano de relaciones sexuales en estudiantes adolescentes de un colegio de Bucaramanga, Colombia. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2004;XXXIII(4):367–77.
44. Everett SA, Malarcher AM, Sharp DJ, Husten CG, Giovino GA. Relationship between cigarette, smokeless tobacco, and cigar use, and other health risk behaviors among U.S. high school students. *J Sch Health.* 2000 Aug;70(6):234–40.
45. Grunbaum JA, Kann L, Kinchen SA, Williams B, Ross JG, Lowry R, et al. Youth risk behavior surveillance--United States, 2001. *Morb Mortal Wkly Rep Surveill Summ Wash DC* 2002. 2002 Jun 28;51(4):1–62.
46. Santelli JS, Lowry R, Brener ND, Robin L. The association of sexual behaviors with socioeconomic status, family structure, and race/ethnicity among US adolescents. *Am J Public Health.* 2000 Oct;90(10):1582–8.
47. González A E, Molina G T, Montero V A, Martínez V. Factores asociados al inicio sexual en adolescentes de ambos sexos de nivel socioeconómico medio-bajo de la Región Metropolitana. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2013;78(1):4–13.
48. Gamarra-Tenorio P, Iannaccone J. Factores asociados que influyen en el inicio de actividad sexual en adolescentes escolares de villa san francisco-santaanita, lima-perú, 2009. *The Biologist.* 2010;8(1):54–72.
49. Cutié S. JR, Laffita B. A, Toledo B. M. Primera relación sexual en adolescentes cubanos. *Rev Chil Obstet Ginecol [Internet].* 2005 [cited 2016 Jul 19];70(2). Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262005000200004&lng=en&nrm=iso&tlng=en
50. Torrico Espinoza A, Salas Mallea A, Gutiérrez Avilés A, Arce Carreón M, Salazar Fuentes J. Factores de riesgo asociados al inicio de relaciones sexuales en adolescentes mujeres estudiantes de secundaria en La Paz, Bolivia. *Rev Soc Boliv Pediatr.* 2004 Jan;43(1):3–7.
51. González A E, Molina G T, Montero A, Martínez N V, Leyton M C. Comportamientos sexuales y diferencias de género en adolescentes usuarios de un sistema público de salud universitario. *Rev Médica Chile [Internet].* 2007 Oct [cited 2016 Jul 19];135(10). Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872007001000005&lng=en&nrm=iso&tlng=en
52. Santana Pérez F, Ovies Carballo G, Varela V, Lidia O, Fleitas Ruiz R. Características de la primera relación sexual en adolescentes escolares de Ciudad de La Habana. *Rev Cuba Salud Pública.* 2006 Sep;32(3):1.



53. García R, Cortés A, Vila L, Hernández M, Mesquia A. Comportamiento sexual y uso del preservativo en adolescentes y jóvenes de un área de salud. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2006;22(1):1.
54. Lameiras Fernández M. Determinantes del inicio de las relaciones sexuales en adolescentes españoles. *Cuad Med Psicosomática Psiquiatr Enlace*. 2004;71–72:67.
55. Sánchez Valencia YA, Mendoza Tascón LA, Grisales López MB, Ceballos Molina LY, Bustamente Farfan JC, Castañeda EM, et al. Características poblacionales y factores asociados a embarazo en mujeres adolescentes de Tuluá, Colombia. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2013;78(4):269–81.
56. Murray N. Diferencias de género en factores que influyen en el inicio de relaciones sexuales en adolescentes escolares urbanos de Chile. *Perspect Int En Planif Fam*. 1998;4–8.
57. Rengifo-Reina H, Córdoba-Espinal A, Serrano-Rodríguez M. Conocimientos y prácticas en salud sexual y reproductiva de adolescentes escolares en un municipio colombiano. *Rev Salud Pública*. 2012;14(4):558–569.
58. Pacheco-Sánchez CI, Rincón-Suárez LJ, Elías Guevara E, Latorre-Santos C, Enríquez-Guerrero C, Nieto-Olivar JM. Significaciones de la sexualidad y salud reproductiva en adolescentes de Bogotá. *Salud Pública México*. 2007;49(1):45–51.
59. Navarro E, Vargas R. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre SIDA en adolescentes escolarizados. *Salud Uninorte*. 2004;19(2):14–24.
60. Hernández-Castillo L, Cargill-Foster NR, Gutiérrez-Hernández G. Funcionalidad familiar y conducta de riesgo en estudiantes de nivel medio superior Jonuta, Tabasco 2011. *Cons Editor*. 2012;18(1):14–23.
61. Lavielle-Sotomayor P, Jiménez-Valdez F, Vázquez-Rodríguez A, Aguirre-García M, Castillo-Trejo M, Vega-Mendoza S. Impacto de la familia en las conductas sexuales de riesgo de los adolescentes. *Rev Médica IMSS*. 2014;52(1):38–43.



9.0 ANEXOS

Anexo N.1 Consentimiento informado

**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PADRES/
MADRES/REPRESENTANTE LEGAL**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Andrés Felipe Sagñay Novillo, estudiante de la Universidad de Cuenca de la Facultad de Ciencias Médicas, Posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria quien estoy realizando el proyecto **“LA ESTRUCTURA FAMILIAR COMO FACTOR CAUSAL EN EL INICIO DE LAS RELACIONES SEXUALES DE LOS ADOLESCENTES EN ETAPA TEMPRANA DE LA PARROQUIA CHECA, CUENCA 2015.”**, como tesis previa a la obtención del Título de Especialista, solicito a usted su colaboración en el desarrollo del presente trabajo de investigación

Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados.

Información del Estudio: En este estudio se tiene planificado realizar la aplicación de formularios donde contestará datos sociodemográficos como edad, y otras, además un formulario de funcionalidad familiar y factores asociados al inicio de las relaciones sexuales en los adolescentes, se realizará a un grupo de 190 adolescentes comprendidos entre la edad de 11 a 14 años.

Riesgos del Estudio: La participación en la presente investigación no implica riesgo alguno y no tiene costo.



Beneficios: La información obtenida será de gran interés social para conocer los factores asociados con el inicio de las relaciones sexuales en los adolescentes, aportando así al conocimiento científico y al campo de la salud familiar, con información objetiva y confiable. No recibirá remuneración u otros beneficios por participar en el presente estudio.

Confidencialidad: Cualquier información obtenida en este estudio se guardará en un archivo, solo los investigadores manejarán la información presente en el mismo, evitando así la identificación de la persona que llenó el formulario.

Una vez que haya comprendido el estudio y si desea participar, entonces se le pedirá que firme esta hoja de asentimiento.

Su participación es voluntaria, su decisión no afectará de ninguna manera a su persona, ni tendrá repercusiones a nivel legal ni social.

Además, es libre de retirarse del estudio cuando lo considere oportuno.

Yo,, con número de Cédula de Identidad....., he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado/a y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Acepto la participación de mi hijo en este estudio de investigación.

.....

.....

Firma del participante

Fecha:

Anexo N.2 Asentimiento informado

Yo, Andrés Felipe Sagñay Novillo, estudiante de la Universidad de Cuenca de la Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Medicina, Postgrado de Medicina Familiar y Comunitaria, que estoy realizando el proyecto “**LA ESTRUCTURA FAMILIAR COMO FACTOR CAUSAL EN EL INICIO DE LAS RELACIONES SEXUALES DE LOS ADOLESCENTES EN ETAPA TEMPRANA DE LA PARROQUIA CHECA, CUENCA 2015**”, como tesis previa a la obtención del título de especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, solicitamos a usted su colaboración en el desarrollo del presente trabajo de investigación.

Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Una vez que haya comprendido el estudio y si desea participar, entonces se le pedirá que firme esta hoja de consentimiento.

Información del estudio: en este estudio se tiene planificado realizar la aplicación de un formulario donde contestará, datos socio demográficos como edad, estado civil, ocupación, nivel de escolaridad, tipo de familia, ingresos económicos, Funcionalidad de las familias. El presente estudio se realizará a un grupo de 190 adolescentes comprendidos entre la edad de 11 a 14 años.

Riesgos del Estudio: la participación en la presente investigación no implica riesgo alguno y no tiene costo.

Beneficios: la información obtenida será utilizada para aportar al conocimiento científico y al campo de la salud familiar con una herramienta objetiva y confiable. No recibirá remuneración u otros beneficios por participar en el presente estudio.



Confidencialidad: cualquier información obtenida en este estudio se guardará en un archivo, solo los investigadores manejan la información presente en el mismo, evitando así la identificación de la persona que llenó la encuesta.

Su participación es voluntaria, su decisión no afectará de ninguna manera el trato por parte del investigador.

Además, es libre de retirarse del estudio cuando lo considere oportuno.

Yo, _____, con número de cédula de identidad _____, he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informada y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Acepto la participación en este estudio de investigación.

.....

Firma de la participante

.....

Fecha

Anexo N. 3 Formulario de recolección de datos

UNIVERSIDAD ESTATAL DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA
LA ESTRUCTURA FAMILIAR COMO FACTOR CAUSAL EN EL INICIO DE LAS
RELACIONES SEXUALES DE LOS ADOLESCENTES EN ETAPA TEMPRANA DE LA
PARROQUIA CHECA, CUENCA 2015

Formulario # _____

Fecha: día/mes/año ____/____/____

DATOS DE FILIACION					
Número de cédula:					
Sexo:	Masculino		Femenino	•	•
• Edad: _____ (años)					

SOCIODEMOGRAFICOS		
Estado civil de los padres		• Ocupación de los padres.....
• Soltero _____		• Profesional _____
• Casado _____		• Agricultor _____
• Viudo _____		• Artesano _____
• Divorciado _____		• QQDD _____
• Unión libre _____		• Estudiante _____
• Otros. _____		• otros _____

Nivel de instrucción	Estado civil de los padres	Situación laboral de los padres
----------------------	----------------------------	---------------------------------



UNIVERSIDAD DE CUENCA

<ul style="list-style-type: none">• Analfabeto _____• Primaria _____• Secundaria _____• Superior _____• Cuarto nivel _____	<ul style="list-style-type: none">• Madre soltera• Casados o unión de afecto• Separados o divorciados• Viudez de alguno•	<ul style="list-style-type: none">• Ambos trabajan• Madre trabaja padre no• Padre trabaja madre no• Ninguno trabaja
<ul style="list-style-type: none">• Religión• Católica• Ateo• No creyente• Otra	<ul style="list-style-type: none">•	<ul style="list-style-type: none">•

Medio para adquirir información sobre sexualidad	Estado civil de los padres	Situación laboral de los padres
<ul style="list-style-type: none">• Padres• Personal de salud• Medios de comunicación• Amigos• Profesores	<ul style="list-style-type: none">• Madre soltera• Casados o unión de afecto• Separados o divorciados• Viudez de alguno•	<ul style="list-style-type: none">• Ambos trabajan• Madre trabaja padre no• Padre trabaja madre no• Ninguno trabaja

Edad de inicio de la primera relación sexual con coito: _____ (años)	Edad de inicio de contacto sexual: _____ (años)
Edad de la pareja o enamorado: _____ (años)	Número de parejas o enamorados: _____.
<ul style="list-style-type: none">• Número de parejas con contacto sexual: _____	<ul style="list-style-type: none">• Tipo de pareja del último contacto sexual• Estable• Ocasional
Tiempo desde que se conocieron _____ (años)	<ul style="list-style-type: none">• Edad de la menarca: _____ (años)
Tiempo que se conocen para la primera relación: _____ (años)	
<ul style="list-style-type: none">• Madre adolescente:• Si• No	<ul style="list-style-type: none">• Repetidor de grados escolares:• Si• No
<ul style="list-style-type: none">• Edad indicada para el inicio de las relaciones sexuales	<ul style="list-style-type: none">•

Grado de actividad sexual
<ul style="list-style-type: none">• Grado I:• Grado II:• Grado III:• Grado IV:

Motivo de la primera relación sexual	Uso de anticonceptivos	Método anticonceptivo
<ul style="list-style-type: none">• Excitación• Probar• Curiosidad• Sin motivo aparente• Amor• Para aprender• Violación• No responde	<ul style="list-style-type: none">• Si• No	<ul style="list-style-type: none">• Preservativo• Anticonceptivo oral• Coitus interruptus• Inyección• Otros
Uso de anticonceptivos con pareja ocasional	Enfermedades de transmisión sexual	Quien debería enseñar educación sexual
<ul style="list-style-type: none">• Casi siempre• Mayoría de las veces• Algunas veces• Casi nunca	<ul style="list-style-type: none">• Si• No• No sabe que es una ITS	<ul style="list-style-type: none">• Padres• Hermanos• Profesores• Amigos• Novio/a• Iglesia• Medios de comunicación• Equipo de salud• Nadie



Funcionalidad familiar	Estructura familiar	Grado de escolaridad
<ul style="list-style-type: none">Buena funciónDisfunción moderadaDisfunción severa	<ul style="list-style-type: none">Familia nuclearCompleta incompletaFamilia extensaFamilia reconstituidaCon padrastroCon madrastra	<ul style="list-style-type: none">Curso _____
Educación sexual	Migración de los padres	Consumo de alcohol
<ul style="list-style-type: none">PadresPersonal de saludMedios de comunicaciónAmigosProfesoresHermanosNovio/a	<ul style="list-style-type: none">SiNo	<ul style="list-style-type: none">SiNo

Observaciones:

Anexo N.4

TEST DE TANNER NIÑAS

Desarrollo mamario	Desarrollo del vello púbico
Estadio 1: Mamas infantiles solo el pezón esta levemente exaltado	Estadio 1: Ligera vellosidad infantil.
Estadio 2: Brote mamario.	Estadio 2: Vello escaso lacio y ligeramente pigmentado
Estadio 3: Continúa el crecimiento con elevación de la mama	Estadio 3: Vello rizado que abarca labios mayores.
Estadio 4: La areola y el pezón se puede distinguir	Estadio 4: Crecimiento del bello hasta los pliegues inguinales
Estadio 5: desarrollo total de la mama.	Estadio 5: Extensión hacia la cara interna de los muslos

TEST DE TANNER NIÑOS.

Desarrollo genital	Desarrollo del vello púbico
Estadio 1: Pene, escroto y testículos infantiles.	Estadio 1: Ligera vellosidad infantil.
Estadio 2: Alargamiento de escroto y testículos	Estadio 2: Vello escaso lacio y ligeramente pigmentado
Estadio 3: Agrandamiento del pene en longitud	Estadio 3: Vello rizado que abarca testículos.
Estadio 4: Aumento de tamaño del pene con crecimiento del diámetro.	Estadio 4: Crecimiento del bello hasta los pliegues inguinales



Estadio 5: Genital de tipo y tamaño adulto

Estadio 5: Extensión hacia la cara interna de los muslos